PARIJS

23

FACULTE DE MEDECINE DU KREMLIN-BICETRE

PARIJS

Année 1973 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

par

Paule CAZALIS

Le 8 janvier 1942 à ISSY LES MOULINEAUX (92)

ETUDE PROSPECTIVE DE 50 CAS DE RHUMATISME PSORIASIQUE A FORME PERIPHERIQUE (POLYARTHRITE), SANS ATTEINTE DES SACRO-ILIAQUES ET SERO-NEGATIVE APPARIES A 50 CAS DE POLYARTHRITE RHUMATOIDE CLASSIQUE

Président : Monsieur S. de SEZE, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548022_0043

FACULTE DE MEDECINE DU KREMLIN-BICETRE

Année 1973 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

par

Paule CAZALIS

Le 8 janvier 1942 à ISSY LES MOULINEAUX (92)

ETUDE PROSPECTIVE DE 50 CAS DE RHUMATISME PSORIASIQUE A FORME PERIPHERIQUE (POLYARTHRITE), SANS ATTEINTE DES SACRO-ILIAQUES ET SERO-NEGATIVE APPARIES A 50 CAS DE POLYARTHRITE RHUMATOIDE

Président : Monsieur S. de SEZE, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

INTRODUCTION

Il existe actuellement deux formes principales de rhumatisme psoriasique : la forme avec polyarthrite périphérique dont l'expression clinique est très proche de la polyarthrite rhumatoïde et la forme avec atteinte rachidienne qui se rapproche de la pelvispondylite rhumatismale.

Les rapports entre polyarthrite rhumatoïde et polyarthrite psoriasique ont fait l'objet de nombreux travaux visant à préciser les caractères propres au rhumatisme psoriasique. Cependant les études comparatives de ces deux rhumatismes inflammatoires chroniques sont restées jusqu'à maintenant peu nombreux. C'est pourquoi, il nous a paru intéressant de faire une étude comparative strictement appariée du rhumatisme psoriasique (avec atteinte articulaire exclusive) et de la polyarthrite rhumatoïde pour préciser les différences ou les similitudes pouvant se manifester sur le plan clinique, radiologique , biologique et évolutif.

MATERIEL ET METHODES

CRITERES DE SELECTION

I - Rhumatismes psoriasiques

Il n'existe pas actuellement de critères bien établis de la polyarthrite psoriasique. Plusieurs ont été proposés : certains sont très restrictifs limitant le rhumatisme psoriasique aux seules formes avec atteintes des interphalangiennes distales ou aux formes évoluant parallèlement aux poussées de psoriasis; d'autres critères sont très larges tels coux proposé par WRIGHT admettant comme polyarthrite psoriasique toute polyarthrite associée à un psoriasis et à une sérologie rhumatoïde négative. Ce sont ces trois critères que nous avons retenus :

1° - Psoriasis certain

2° - Atteinte articulaire inflammatoire

3° - Sérologie rhumatoïde négative.

Nous avons exclu de cette étude les formes avec sacroiléïte qui ont fait l'objet d'une publication antérieure.

De cette façon , nous avons retenu 50 arthrites psoriasiques parmi lesquelles on dénombrait 35 polyarthrites, 11 oligoarthrites (de 2 à 4 articulations touchées), et 4 monoarthrites. Il s'agissait d'oligoarthrites et de monoarthrites vraies puisque leur durée évolutive était supérieure à 4 ans, sauf pour un cas dont la durée était inférieure à un an.

II - Polyarthrites rhumatoïdes

Toutes sont classiques avec une sérologie rhumatoïde positive. Leur sélection a été faite uniquement en fonction des critères d'appariement avec les arthrites psoriasiques.

Les critères d'appariement retenus ont été :

- sexe
- âge à 5 ans près
- durée d'évolution : de 1 à 2 ans
  de 3 à 5 ans
  de 6 à 10 ans
  et au delà de 10 ans.

III - LES CAS DE RHUMATISMES PSORIASIQUES ET RHUMATOIDES SE REPARTISSENT AINSI :

- selon le sexe, 24 femmes, 26 hommes
- selon l'âge : psoriasis = 52,5 ans
  p.rhumatoïde = 52,7 ans
- selon la durée d'évolution
  1 à 2 ans : 11 cas
  3 à 5 ans : 9 cas
  6 à 10 ans : 14 cas
  au delà de 10 ans : 16 cas

La durée moyenne d'évaluation est de 8,2 ans pour le rhumatisme psoriasique

8,6 ans pour la polyarthrite rhumatoïde.

METHODE D'ETUDE

- Il s'agit d'une étude prospective
- Les 50 malades atteints de rhumatisme psoriasique et les 50 atteints de polyarthrite rhumatoïde ont été interrogés et examinés selon un protocole commun
- Les radios du bassin , des mains et des pieds ont été demandés systématiquement. Les radios des grosses jointures ont été demandées en fonction de l'existence d'une atteinte clinique .
- Pour les localisations articulaires cliniques et radiologiques on n'a tenu compte que des lésions observées d'un seul côté, celui le plus atteint.
- Tous les malades ont eu
  . vitesse de sédimentation
  . gammaglobulines
  . latex, Waaler-Rose
  . cellules L.E.
  . uricémie

L'appariement a permis une étude statistique sur les paramètres suivants :

- mode de début
- localisations initiales
- localisation clinique à la période d'état
- localisations extra-articulaires
- localisations et lésions radiologiques
- vitesse de sédimentation, gammaglobuline et uricémie
- corticothérapie

Pour cette étude , nous avons utilisé le test de x^2 à un degré de liberté. Le résultat du x^2 est rapporté dans chaque tableau avec le degré de signification (p.).

Pour l'étude quantitative (uricémie) , le test t de Student a été utilisé.

Treize dossiers de polyarthrite psoriasique avec SEROLOGIE RHUMATOIDE POSITIVE , non appariés sont analysés à la fin de cette étude.

QUELQUES DONNES NON APPARIEES CONCERNANT LES 50 RHUMATISMES PSORIASIQUES

(Age de début, étude du psoriasis)

I - FREQUENCE SELON LE SEXE

Dans notre groupe de rhumatismes psoriasiques, nous avons :

- 24 hommes
- 26 femmes

En tenant compte de 3 polyarthrites psoriasiques, masculines que nous n'avons pas pu apparier à des polyarthrites rhumatoïdes, on observe une répartition quasi égale entre les deux sexes (51 % cas masculins, 49 % des cas féminins) des polyarthrites psoriasiques.

II - AGE DE SURVENUE DES PREMIERES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES

- L'âge moyen de début est de 44 ans
- Les âges extrêmes sont 17 et 75 ans :
  - 40 % des rhumatismes psoriasiques débutent avant 40 ans
  - 76 % entre 30 et 60 ans
  - 8 % seulement après 60 ans

Age	Sexe Masculin	Sexe Féminin	Dans les 2 sexes	Pourcentage
Avant 20 ans	0	2	2	4 %
20 -30	2	4	6	12 %
30 - 40	7	5	12	24 %
40 - 50	6	4	10	20 %
50 - 60	8	8	16	32 %
Après 60 ans	1	3	4	8 %
TOTAL	24	26	50	100 %

AGE DE DEBUT

- En fonction du sexe :

. Dans le sexe masculin, les débuts sont groupés entre 30 et 60 ans.

. Dans le sexe féminin, le début peut être plus précoce , mais la disparition est plus grande avec un pic de fréquence entre 50 et 60 ans.

Si bien que les âges moyens sont sensiblement identiques

- 45,2 ans chez l'homme
- 43,6 ans chez la femme

ETUDE DU PSORIASIS

I - AGE D'APPARITION DU PSORIASIS

Le début est plus précoce chez la femme

. âge moyen : 31 ans dans le sexe féminin

. 38,5 ans dans le sexe masculin

II - RAPPORTS CHRONOLOGIQUES PSORIASIS-ARTHROPATHIES

- Dans 37 cas , le psoriasis a précédé l'atteinte articulaire : 74 %

- Dans 9 cas, l'atteinte articulaire apparait avant le psoriasis : 18 %

- Dans 4 cas , on note l'apparition simultanée de l'arthropathie et de la dermatose : 8 %

Le laps de temps écoulé entre les deux manifestations est très variable :

a) Lorsque le psoriasis précède l'atteinte articulaire ce délai est inférieur

- à 10 ans dans 40 % des cas
- à 20 ans dans 70 % des cas

Les délais extrêmes étant 7 et 45 ans.

b) Lorsque c'est l'arthropathie qui précède le psoriasis , l'intervalle est moins long : inférieur à 10 ans dans 80 % des cas.

III - ASPECTS CLINIQUES DU PSORIASIS

1) Le psoriasis était présent chez tous nos malades au moment de l'examen :

- localisé dans 68 % des cas
- diffus dans 32 % des cas

2) Parmi les 34 psoriasis localisés : 3 se sont compliqués d'érythrodermie :

- 1 cas est survenu spontanément
- 1 cas est apparu sous A C T H
- 1 cas sous antipaludéens de synthèse

3) 17 psoriasis étaient prurigineux

4) On a relevé aucune forme pustuleuse.

Localisation

a) Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de localisations habituelles du psoriasis : genoux , coudes, cuir chevelu: cette dernière localisation fréquente est retrouvée dans 46 % des cas

b) On observe quelques aspects particuliers :

- psoriasis du gland : 5 cas
- psoriasis inverse : 5 cas
- psoriasis palmo-plantaire : 5 cas

c) Le psoriasis onguéal est très fréquent puisqu'on le retrouve dans 58 % des cas aux ongles des doigts , dans 22 % des cas aux ongles des orteils. Il a un aspect feuilleté dans 19 cas et pigmenté en dé à coudre dans 10 cas.

Rapports topographiques psoriasis et arthropathie

1) L'atteinte couplée arthropathie interphalangienne distale et psoriasis onguéal est notée 7 fois sur 29 psoriasis onguéaux soit 25 %.

2) La concordance d'une plaque de psoriasis et d'une atteinte articulaire est observée 5 fois

Rapports évolutifs arthropathie et psoriasis

1) Les poussées de psoriasis et d'arthrite évoluent parallèlement dans 23 cas soit 46 %

- elles sont indépendantes dans 26 cas = 52 %
- elles alternent dans 1 cas (le psoriasis disparaissant lors des poussées articulaires).

2) Existe t-il un rapport entre la sévérité du psoriasis et celle de l'atteinte articulaire ?

On constate que sur 6 arthrites mutilantes accompagnées de signes radiologiques sévères (ostéolyse et ankylose), 3 ont un psoriasis diffus, ce qui fait un pourcentage plus élevé (50%) que pour l'ensemble du groupe des polyarthrites psoriasiques. Il est cependant difficile de conclure sur un si faible effectif qu'il y a concordance entre la gratuité du psoriasis et de l'arthropathie.

Facteurs héréditaires

17 malades (34%) ont un parent psoriasique (parenté du 1er ou du 2ème degré).

Psoriasis et antiinflammatoires

Certains médicaments ont entrainé une modification du psoriasis. C'est ainsi que sur

1) 22 traitements par les corticoïdes, on a observé 3 expansions du psoriasis (sous traitement)

2) sur 16 traitements par les antipaludéens de synthèse, on a observé 1 érythrodermie (après la prise quotidienne de 6 comprimés de Plaquénil !!). Cette érythrodermie a regressé spontanément à l'arrêt du traitement. On a aussi observé 1 révélation du psoriasis.

3) Sur 13 chrysothérapies :

- 1 révélation du psoriasis
- 2 aggravations

4) Deux malades ont reçu de l'A C T H : un a fait une érythrodermie dont la régression a nécessité une cortisonothérapie.

5) - sous Phénylbutazone, on a observé dans 1 cas, l'apparition d'un psoriasis diffus

- sous Indocid, nous n'avons jamais observé d'accident cutané.

ETUDE APPARIEE

A - DEBUT

I - PODROMES

Podromes	Psoriasis 50 malades	P. Rhumatoïdes 50 malades	x^2
A.E.G.	6	3	N.S *
Fièvre	4	6	N.S
Paresthésies	3	2	N.S
Arthralgies	18	6	$p < 0,05$

* N.S. = non significatif

Les débuts précédés par une altération de l'état général, de la fièvre ou des paresthésies sont assez rares dans les 2 groupes. Pour aucun de ces signes prémonitoires, la différence n'est significative.

Par contre, des arthralgies précèdent plus fréquemment le rhumatisme psoriasique (36%) que la polyarthrite rhumatoïde (12%). (La différence est significative).

Les arthralgies psoriasiques précèdent l'arthrite parfois de plusieurs années (de 1 an à 20 ans). Dans 7 cas, elles ont même précédé le psoriasis. Elles sont volontiers d'horaire nocturne ou matinal. Elles intéressent n'importe quelle articulation; migratrices le plus souvent, elles se fixent parfois sur une articulation où elles précèdent l'arthrite.

II - FACTEURS DECLENCHANTS

Il sont aussi fréquemment retrouvés dans les deux groupes sans différence significative pour aucun de ces facteurs

Facteurs déclenchants	Psoriasis (50 malades)	P.Rhumatoïde (50 malades)	
Infection	3	5	N.S.
Surmenage	8	5	N.S.
Emotion	8	8	N.S.
Froid	5	2	N.S.
Traumatisme	4	2	N.S.

. Dans 3 cas, un traumtisme direct a précédé l'installation d'une monoarthrite psoriasique intéressant le genou, le poignet et une interphalangienne proximale.

III - MODE D'INSTALLATION

	Psoriasis	Rhumatoïde	x^2	p
Progressif	39 (78%)	46 (92%)	3.78	N.S. 0-10-0,05
Aigu	11 (22%)	4 (8%)	3.78	N.S. 0-10-0,05

1) Le début du rhumatisme psoriasique , comme celui de la polyarthrite rhumatoïde, est très fréquemment progressif observé dans:

78 % des rhumatismes psoriasiques

92 % des polyarthrites rhumatoïdes

(différence non significative)

2) Un début aigu marqué par la soudaineté de l'atteinte articulaire et l'importance des signes inflammatoires est observé dans 12 cas de rhumatismes psoriasiques = 22 %
contre seulement 4 cas de polyarthrite rhumatoïde = 8 %
La différence est pourtant non significative comme pour les débuts progressifs. Cela est lié probablement à la faiblesse des effectifs car le x^2 est à 3.78, très voisin du x^2 à 3.841 pour lequel la différence serait significative avec le risque à 5%. Il est probable qu'avec des effectifs de 100 malades, nous aurions observé des débuts aigus plus fréquemment dans le rhumatisme psoriasique que dans le polyarthrite rhumatoïde.

Sur 12 débuts aigus psoriasiques , on note dans:

3 cas , l'existence d'une fièvre supérieure à 38°

3 cas, des signes fluxionnaires

5 cas d'immobilisations au lit pendant plusieurs jours.

Ces débuts aigus sont sans rapport avec l'âge, ni la gravité ultérieure de l'atteinte.

IV- NOMBRE D'ARTICULATIONS INITIALEMENT ATTEINTES

Débuts	Psoriasis	Rhumatoïde	x^2	p
Monoarticulaires	17 (34%)	9 (18%)	3,32	0,10-0,05
Oligoarticulaires	28 (56%)	23 (46%)	2,15	N.S.
Polyarticulaires	5 (10%)	19 (38%)	8,38	$p < 0,01$

Le début oligoarticulaire (2 à 4 articulations) est le plus fréquent dans les deux groupes :

56 % dans la polyarthrite rhumatoïde

46 % dans le rhumatisme psoriasique

Différence non significative.

2) Un début polyarticulaire est plus fréquent dans la polyarthrite rhumatoïde (38%) que dans le rhumatisme psoriasique (10%). La différence est très hautement significative.

3) Un début monoarticulaire est observé dans 34 % des rhumatismes psoriasiques , contre seulement 18% des polyarthrites rhumatoïdes. La différence est pourtant non significative. Cela est probablement lié à la faiblesse des effectifs car le x^2 est à 3,32.

Ces débuts monoarticulaires sont constitués :

a) dans la polyarthrite rhumatoïde (9 cas)

. de 4 atteintes monoarticulaires d'une petite articulation (MCP, IPP, MTP)

. de 5 atteintes monoarticulaires d'une grosse jointure*

Toutes ces atteintes monoarticulaires ont eu une durée supérieure à 3 mois et sont devenues des polyarthrites en moins de 3 ans.

* grosse jointure : épaule, coude, poignet, hanche, genou, cheville.

b) Dans le rhumatisme psoriasique (17 cas) , on observe

. 4 atteintes monoarticulaires intéressant des petites articulations (MCP,IPP,IPO), toutes ont été de brève durée, régressant complètement en moins de 1 mois.

. 13 atteintes monoarticulaires par une grosse jointure. Ces 13 atteintes ont eu une durée supérieure à 6 semaines :

- 4 d'entre elles sont restées isolées avec un recul supérieur à 4 ans

- 6 se sont étendues seulement à 2 ou 3 articulations après un laps de temps compris entre 1 an et 23 ans. Ces oligoarthrites continuant d'intéresser uniquement les grosses articulations (5 cas sur 6).

. 3 sont devenues des polyarthrites dans un délai moyen de 3 ans.

Débuts Monoarticulaires	Psoriasis	P. Rhumatoïde	X^2	p.
Grosses Jointures	13 (26%)	5 (10%)	4,32	$p < 0,05$
Petites articulations	4 (8%)	4 (8 %)		N.S.

Do ces faits, il ressort que :

1°) les débuts monoarticulaires par les grosses jointures uniquement sont plus fréquents dans le psoriasis (26%) que dans la polyarthrite rhumatoïde (10%).

2°) que les atteintes monoarticulaires des petites articulations sont de très brève durée dans le rhumatisme psoriasique, contrairement à l'atteinte des grosses articulations.

3°) que l'extension articulaire est très longue dans le rhumatisme psoriasique

4°) quant à la répartition topographique de ses débuts monoarticulaires, on remarque dans le psoriasis, la prédominance de l'atteinte des membres inférieurs et notamment du genou (6 cas dont 3 hydarthroses) et dans la polyarthrite rhumatoïde , la prédominance de l'atteinte du membre supérieur. Les monoarthrites du genou sont significativement plus fréquentes dans le rhumatisme psoriasique que dans la polyarthrite rhumatoïde (x^2 corrigé).

Pour les autres localisations, la faiblesse des effectifs interdit toute conclusion.

Monoarthrite Grosse articulation	Psoriasis	P. Rhumatoïde
Genou	6	0
Cheville	2	0
Poignet	3	1
Epaule	0	3
Coude	0	1
Hanche	2	1

Il faut remarquer que dans presque tous les cas de débuts monoarticulaires, le psoriasis était présent au moment de la survenue de l'atteinte articulaire, facilitant le diagnostic.

V - LOCALISATIONS INITIALES (au cours du Ier mois)
(voir Tableau I P.)

Le début par la main est le plus fréquent dans le psoriasis (46%) comme dans la polyarthrite rhumatoïde (46%).

1) Dans ces débuts par la main , le fait le plus caractéristique du psoriasis est l'atteinte initiale des interphalangiennes distales dans 12 % des cas (6 cas), alors qu'aucun début par les interphalangiennes distales n'est constaté dans notre série de polyarthrite rhumatoïde. La différence est significative avec le x^2 corrigé pour effectifs calculés inférieur à 5. Dans un cas l'atteinte des interphalangiennes distales était même totalement isolée.

2) Non moins remarquable est l'atteinte initiale des métacarpophalangiennes (MCP) retrouvée aussi fréquemment dans le rhumatisme psoriasique que dans la polyarthrite rhumatoïde:

- 9 cas de rhumatisme psoriasique soit 18 %
- 13 cas de polyarthrite rhumatoïde , soit 26 %.

La différence étant non significative , nous avons essayé de vérifier si du moins, il existait une différence de localisation digitale de ces MCP entre la polyarthrite rhumatoïde dont on connait le siège préférentiel au II et III doigt et le rhumatisme psoriasique.

Nous avons constaté que :

- dans 4 cas , l'atteinte des MCP touchait tous les doigts (dans 3 cas , elle était du reste associée à une atteinte des IPP et des IPD).

- dans 1 cas , il s'agissait d'une atteinte isolée de la MCP du pouce

- mais dans 4 cas , l'atteinte portait exclusivement sur les MCP des II et III doigts comme dans la polyarthrite rhumatoïde. (atteinte bilatérale du MCP)

3) L'atteinte initale des IPP est constatée avec une fréquence identique dans la polyarthrite rhumatoïde (24%) et le rhumatisme psoriasique (24%).

4) La localisation initiale du pied est dans les 2 groupes , 2 fois moins fréquente que celle de la main.

L'atteinte des MTP est constatée dans 6 cas de rhumatisme psoriasique (12%) et 7 cas de polyarthrite rhumatoïde (14%) (différence non significative)

Dans 2 cas de psoriasis, il s'agissait d'une atteinte isolée du gros orteil , pseudogoutteuse, mais colchicino-résistante

5) La localisation initiale aux grosses jointures est identique. (Différences non significatives) dans le rhumatisme psoriasique et dans la polyarthrite rhumatoïde en ce qui concerne :

les coudes	Psoriasis : 8%	P. Rhumatoïde : 10%
les poignets ...	--------- 22%	---------- 28%
Les genoux	---------- 20%	---------- 12%
Les chevilles...	---------- 18%	---------- 18%
Les hanches.....	---------- 6%	---------- 2%

On note la relative fréquence des débuts , par les poignets genoux et chevilles. Les débuts par les épaules sont relativement plus fréquents dans la polyarthrite rhumatoïde (34%) que dans le Psoriasis (14%).

Dans les deux groupes , on relève quelques débuts exceptionnels :

- cervicalgies : dans 2 cas de Polyarthrite rhumatoïde
- arthrite sternocalviculaire dans 1 cas de psoriasis
- talalgies dans 1 cas de chaque groupe.

TABLEAU I

LOCALISATIONS INITIALES

Localisation	50 R. Psoriasique	50 P. Rhuumat.	x^2	p
MAINS	23 (46%)	23 (46%)		N.S.
PIEDS	10 (20%)	9 (18%)		N.S.
MCP	9 (18%)	13 (26%)	3,14	N.S. 0,10-0,05
IPP	12 (24%)	12 (24%)		N.S.
IPD	6 (12%)	0	*5,8	p 0,02
MTP	6 (12%)	7 (14%)		
Epaule	7 (14%)	17 (34%)	5,4	p=0,02
Coude	4 (8%)	5 (10%)		N.S.
Poignet	11 (22%)	14 (28%)		N.S.
Genou	12 (24%)	6 (12%)	2,42	N.S.
Cheville	9 (18%)	9 (18%)		N.S.
Hanche	3 (6%)	1 (2%)		N.S.

* x^2 corrigé car effectif calculé 5

PERIODE D'ETAT

LOCALISATIONS ARTICULAIRES

A - MAINS

L'atteinte des mains est presque constante dans le rhumatisme psoriasique (80%), comme dans la polyarthrite rhumatoïde (88%).

Trois caractères sont particuliers à la polyarthrite psoriasique:

- l'atteinte des IPD (34%)
- l'asymétrie des atteintes dans 44% des cas contre 6% dans la polyarthrite rhumatoïde
- le très petit nombre d'articulations prises. Dans 32% des cas : atteinte monoarticulaire, oligoarticulaire localisée sur un seul doigt ou sur des articulations éloignées l'une de l'autre.

I - Répartition topographique

	psoriasis	P.Rhumatoïde
poignets	40%	44%
MCP	20%	58%
IPP	52%	44%
IPD	34%	0%

1) Interphalangienne distale

P.psoriasique 17 cas = 34%

P.rhumatoïde 0 cas

Différence très hautement significative.

Les arthrites distales sont souvent très inflammatoires, avec rougeur et tuméfaction. Elles étaient dans deux cas seulement isolées. Dans 25% des cas, elles sont associées à un psoriasis onguéal.

2) Interphalangienne proximale

L'atteinte des IPP est aussi fréquente dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde (la différence est non significative).

P.psoriasique 26 cas = 52%

P.rhumatoïde 22 cas = 44%

3) Les métacarpophalangiennes (MCP)

Elles sont moins fréquemment atteintes dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde

psoriasis 10 cas = 20%

P.rhumatoïde 29 cas =58%

(différence très hautement significative)

4) Poignets

Ils sont aussi fréquemment atteints dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde

psoriasis 40%

P.rhumatoïde 44%

(différence non significative)

5) En conclusion =

Dans le psoriasis

- atteinte avec une fréquence identique des IPP et IPD
- atteinte moins fréquente des MCP (différence significative avec l'atteinte des IPP et non avec celle des IPD du fait de la faiblesse des effectifs).

Dans la polyarthrite rhumatoïde

- atteinte avec une fréquence identique des MCP et IPD
- intégrité des IPD

II - Déformations de la main

Elles sont plus fréquentes dans la polyarthrite rhumatoïde que dans le psoriasis

P.rhumatoïde 12 cas = 24%

P.psoriasique 4 cas = 8%

(différence significative p 0,05)

Ces déformations sont classiques et symétriques dans la polyarthrite rhumatoïde, anarchiques dans le psoriasis.

	Psoriasis	P.rhumatoïde
Déformation en coup de vent	0	7
Déformation en M	0	5
Anarchiques	5	0

III - Ruptures tendineuses

2 cas dans la polyarthrite rhumatoïde

0 cas dans le psoriasis

IV - Aspect sclérodermoïde

1 cas dans la polyarthrite rhumatoïde

2 cas dans le psoriasis

Sans atteindre le stade de psoriasis momifiant décrit pas COSTES, quelques uns de nos malades avaient un enraidissement fibreux des mains.

B - PIEDS

I - Localisation topographique

	Psoriasis	P.Rhumatoïde
MTP	38%	38%
Talalgies	10%	8%
Chevilles	18%	26%

1) L'atteinte des métatarsophalangiennes est aussi fréquente dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde.

- dans 4 polyarthrites psoriasiques, on observait une atteinte isolée et fluxionnaire de la MTP du gros orteil (uricémie normale et échec de la Colchicine)

2) Talalgies

Elles sont présentes dans 5 cas de rhumatisme psoriasique mais également dans 4 cas de polyarthrite rhumatoïde.

3) Chevilles

Psoriasis 9 cas = 18%

P.rhumatoïde 13 cas = 26%

La différence est non significative

II - Déformations des pieds

Fréquentes dans la polyarthrite rhumatoïde (40%)

Plus rares dans le psoriasis (16%)

(Différence très significative).

	Psoriasis	P.Rhumatoïde
Avant pied rond	1	4
Affaissement de la voûte	6	11
Coup de vent	0	5
Def . anarchique pied en	1	0

ATTEINTES DES GROSSES JONTURES

	Psoriasis	P.rhumatoïde
épaule	28%	42%
Coude	16%	22%
Hanche	12%	12%
Genou	18%	24%

il n'existe pas de différence significative dans la répartition topographique des atteintes.

CERVICALGIES

22% dans la polyarthrite rhumatoïde contre seulement 12% dans le psoriasis.
Mais la différence n'est pas significative.

TOUTES CES ATTEINTES SONT SYMETRIQUES dans la polyarthrite rhumatoïde (94%)

ASYMETRIQUES dans le psoriasis (44%)

	Psoriasis	P.Rhumatoïde
symétrie	28 (56%)	47 (94%)
asymétrie	22 (44%)	3 (6%)

x^2 18,24 $P < 0,001$

Différence très hautement significative.

TABLEAU II

LOCALISATIONS CLINIQUES
A LA PERIODE D' ETAT

Localisations	R.Psoriasique 50 malades	P.Rhumatoïde 50 malades	x^2	p
Poignet	20 (40%)	22 (44%)		N.S.
MCP	10 (20%)	29 (58%)	15,16	$p < 0,001$
IPP	26 (52%)	22 (44%)		N.S.
IPD	17 (34%)	0	20,48	$p < 0,001$
	4 (8%)	12 (24%)	4,76	$p < 0,05$
Chevilles	9 (18%)	13 (26%)		N.S.
MTP	19 (38%)	19 (38%)		N.S.
Talalgies	5 (10%)	4 (8%)		N.S.
Epaule	14 (28%)	21 (42%)	2,18	N.S.
Coude	8 (16%)	11 (22%)		N.S.
Genou	14 (28%)	12 (24%)		N.S.
Hanche	6 (12%)	6 (12%)		N.S.

LOCALISATIONS EXTRA-ARTICULAIRES

	Psoriasis	P. Rhumatoïde	x^2	p
Adénopathies	5	31	29,3	0,001
Nodules	0	10	111	0,001
Triks	0	3		
Schirmer	1	18		0,001
Raynaud	11	9		
Canal carpien	1	2		
Vascularite	0	2		
	1	0 ?		

1) Les ADENOPATHIES satellites des arthrites (axillaires) (épitrochléennes, inguinales)

Fréquentes dans la polyarthrite rhumatoïde : 31 cas

Rares dans le psoriasis : 5 cas

(différence très hautement significative)

2) Les NODULES

Fréquents dans la polyarthrite rhumatoïde : 10 cas (20%)

Non retrouvés dans le psoriasis : 0 cas

3) HEPATOMEGALIES et SPLENOMEGALIES ont été retrouvées dans 1 seule polyarthrite psoriasique avec amylose.

4) Syndrome de RAYNAUD

Aussi fréquent dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde

psoriasis :11 cas (22%)

p.rhumatoïde :9 cas (18%)

5) Syndrome du CANAL CARPIEN

psoriasis : 1 cas

p.rhumatoïde : 2 cas, mais là il est possible que ce syndrome ait été sous estimé dans la polyarthrite rhumatoïde.

6) ATTEINTES OCULAIRES

Tous les malades atteints de polyarthrite rhumatoïde ont eu un examen oculaire complet avec test de Schirmer.

Ceux atteints de psoriasis ont eu cet examen seulement lorsqu'il existait suspicion à l'interrogatoire : 17 cas

On a observé

P. Rhumatoïde (50 examens) : 18 Schirmer positifs

P. Psoriasique (17 examens) : - 1 Schirmer positif Rose Bengale Négatif
- 2 Kératoconjonctivite avec Schirmer négatif
- Iritis = 0

a) Un schirmer positif est d'une façon très significative plus fréquente dans le polyarthrite rhumatoïde que dans le psoriasis.

b) L'absence de preuve au Rose Bengale interdit, bien sûr, toute conclusion à l'égard de la fréquence du syndrome de Sjögren dans la polyarthrite rhumatoïde.

c) Les 2 kératoconjonctivites psoriasiques avaient un Schirmer négatif. Etaient-elles une manifestation oculaire dûe au psoriasis ?

7) MANIFESTATIONS PULMONAIRES

a) On constate avec un peu de surprise que les antécédents de Bronchite sont aussi fréquents dans le Psoriasis (4 cas) que dans la polyarthrite rhumatoïde (5 cas).

b) 13 psoriasiques ont eu des radios pulmonaires : 2 étaient anormales

- image réticulée des 2 bases
- nodule de la base

en l'absence d'autres investigations, il est bien sûr difficile de leur trouver une interprétation.

8) MANIFESTATIONS CARDIAQUES

Sur 50 auscultations , on a découvert seulement 2 souffles d'apparence banale (souffle de rétrécissement mitroacitique chez des gens âgés)

9) VASCULARITES

Deux vascularites sont survenues dans notre série de polyarthrites rhumatoïdes, dont une mortelle. Aucune n'a été observée dans le psoriasis.

10) AMYLOSE

L'amylose n'a pas été recherchée systématiquement, mais une de nos polyarthrites psoriasiques a révélé une amylose par un syndrome néphrotique.

ETUDE RADIOLOGIQUE

La radio dans la polyarthrite psoriasique diffère par bien des aspects de celle de la polyarthrite rhumatoïde même en dehors de l'atteinte si caractéristique des IPD.

1) L'atteinte radiologique est nettement moins fréquente dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde. 40 % des polyarthrites psoriasiques ont une radio normale même dans les formes prolongées, contre 20 % dans les polyarthrites rhumatoïdes.

2) Lorsqu'il existe une lésion radiologique , elle est asymétrique ou n'intéresse qu'une ou deux articulations de façon dispersée, contrairement à la polyarthrite rhumatoïde qui touche de façon symétrique et groupée plusieurs articulations.

3) Certains aspects radiologiques lui sont très particuliers bien qu'inconstants : cupule, aspect de pseudo-élargissement, réaction périostée, résorption des houppes des phalanges, aspect qui constituent parfois la seule expression radiologique du psoriasis , mais combien évocatrice.

I - LOCALISATIONS ARTICULAIRES

A - Mains

Pour l'ensemble des articulations, la répartition topographique des lésions radiologiques est calqué sur leur atteinte clinique (à quelques exceptions près). C'est ainsi que l'on constate dans la polyarthrite psoriasique , la prédominance des atteintes radiologiques sur le carpe (22%), les IPP (22%) et les IPD (26%) qui sont touchés avec une égale fréquence.

1) L'atteinte de l'interphalangienne distale

- psoriasis : 26%
- polyarthrite rhumatoïde : 6%

Différence significative.

Les 3 polyarthrites rhumatoïdes ' étaient des formes évoluées avec atteintes de toutes les autres jointures. Dans le psoriasis , par contre, 5 fois sur 13 (38%) d'atteintes des IPD étaient isolées . Dans ces 5 cas, il existait un psoriasis onguéal.

2) Les interphalangiennes proximales : atteinte dans 22% des psoriasis contre 38% des polyarthrites rhumatoïdes. La différence est ici non significative (x_2 à 3,08 faiblese

Chez 32 psoriasiques et 32 rhumatoïdes, nous avons relevé séparément l'atteinte de l'interphalangienne du pouce et des autres doigts : l'atteinte du pouce parait plus fréquente dans le psoriasis :4 atteintes isolées du pouce contre 5 atteintes des autres doigts. Dans la polyarthrite rhumatoïde, nous n'avons pas constaté d'atteinte de l'interphalangienne du I.

3) Les lésions radiologiques des métacarpophalangiennes du carpe et de la radiocarpienne sont plus fréquentes dans la polyarthrite rhumatoïde que dans le psoriasis (différence très significative)

MCP	psoriasis	12%		
	rhumatoïde	34%	p	0,01
Carpe	Psoriasis	24%		
	rhumatoïde	54%	p	0,01
Radiocarpienne	Psoriasis	10%		
	rhumatoïde	52%	p	0,01

Alors que l'atteinte clinique du poignet est fréquente (40%), la radiocarpienne est pratiquement indemne (10%).

Nous avons recherché si , dans le psoriasis, comme l'indiquait Mary SHERMAN, l'atteinte de la radiocubitale était plus fréquente que celle de la radiocarpienne. Il ne semble pas puisque nous observons son atteinte dans 2 cas seulement. Dans la polyarthrite rhumatoïde, elle est atteinte 5 fois.

B - Localisations radiologiques au pied

Les interphalangiennes des orteils étant souvent mal visibles sur les radios des pieds de face, nous n'avons tenu compte que des lésions des MTP et de l'interphalangienne du gros orteil (celle-çi étant toujours bien visible).

1) Alors que l'atteinte radiologique des métatarsophalangiennes (MTP) est très fréquente dans la polyarthrite rhumatoïde (54%) précédant parfois l'atteinte clinique, leur atteinte radiologique dans le psoriasis est nettement moins fréquente (22%) (différence significative).

2) L'interphalangienne du gros orteil

Plusieurs auteurs et en premier AVILA ayant signalé l'atteinte élective de l'IPO dans le psoriasis , nous avons, chez nos 100 malades relevé l'état de cette articulation. 8 fois nous avons observé sont atteinte dans le psoriasis 5 fois dans la polyarthrite rhumatoïde. LA DIFFERENCE N'EST PAS SIGNIFICATIVE.

NEANMOINS , 2 REMARQUES SONT A FAIRE :

a) comparée à la fréquence respective des lésions radiologiques des MTP dans le psoriasis et dans la polyarthrite rhumatoïde, l'atteinte de l'IPO parait relativement plus fréquente dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde:

b) son aspect radiologique est très différent dans le psoriasis et dans la polyarthrite rhumatoïde.

- dans le rhumatisme psoriasique, on observe dans 5 cas un pincement et une prolifération exubérante de la base de la phalange distale, réalisant dans deux cas un aspect en cupule ou en champignon par impaction de la phalange proximale dans la phalange distale. Aspects pratiquement spécifiques au psoriasis pour AVILA : dans 3 cas , il existait une ankylose.
- dans la polyarthrite rhumatoïde, il s'agit dans 5 cas d'une arthrite érosive banale.

3) La médiotarsienne est assez rarement atteinte dans l'une et dans l'autre polyarthrite:

-psoriasis = 4 cas

- polyarthrite rhumatoïde = 7 cas (différence non significative). Dans le psoriasis , la médiotarsienne avait chaque fois un aspect hérissé, dans la polyarthrite rhumatoïde , les lésions étaient de type destructif, sauf un cas de P.R. ancienne où l'on note un aspect hérissé.

4) Tibiotarsienne

Contrastant avec la relative fréquence de l'atteinte clinique, la tibiotarsienne est très rarement touchée :

- dans la polyarthrite rhumatoïde = 5 cas
- dans le psoriasis = 2 cas.

5) Calcanéum

Une lésion du calcanéum est observée dans 7 cas de polyarthrite psoriasique (14%) et dans 5 cas de polyarthrite rhumatoïde (10%). Ces lésions sont, dans les 2 groupes, soit des érosions au siège de l'insertion du tendon d'Achille (2 cas dans le psoriasis, 3 cas dans la polyarthrite rhumatoïde), soit des épines calcanéennes (sous ou rétro-calcanéennes).

Sur nos 50 psoriasiques, nous n'avons pas rencontré une seule fois un aspect de périostite du calcanéum, aspect que nous avons observé dans les polyarthrites psoriasiques, avec une spondylarthrite ankylosante.

LES GROSSES JOINTURES

Il n'existe pas de différence significative dans leur répartition .

On pourrait seulement discuter de l'atteinte de l'épaule retrouvée dans 26% des polyarthrites rhumatoïdes contre seulement 12% dans les psoriasis. L'absence de différence significative pourrait être liée ici à la faiblesse des effectifs

RACHIS CERVICAL

On observe 6 fois une luxation atloïdo-axoïdienne dans la polyarthrite rhumatoïde (luxation ou sub-luxation) contre seulement 1 fois dans la polyarthrite psoriasique.

TABLEAU III

LOCALISATIONS RADIOLOGIQUES
A LA PERIODE D' ETAT

Localisations	R.Psoriasique 50 malades	P.Rhumatoïde 50 malades	x^2	p
Radio-carpienne	5 (10%)	26 (52%)	20,616	$p < 0,001$
Radio-cubitale	2 (4%)	5 (10%)		
Carpe	12 (24%)	27 (54%)	9,790	$p < 0,01$
MCP	6 (12%)	17 (34%)	6,832	$P < 0,01$
IPP	11 (22%)	19 (38%)	3,0476	0,10-0,05
IPD	13 (26%)	3 (6%)	7,44	$p < 0,01$
Tibio Tarsienne	2 (4%)	5 (10%)		N.S.
Médio tarsienne	4 (8%)	7 (14%)		N.S.
Calcanéum	7 (14%)	5 (10%)		N.S.
MTP	11 (22%)	27 (54%)	10,865	$p < 0,001$
Epaule	6 (12%)	13 (26%)	3,182	0,10-0,05
Coude	4 (8%)	8 (16%)	1,50	$p < 0,20$
Hanche	6 (12%)	8 (16%)		N.S.
Genou	8 (16%)	13 (26%)	1,506	$p < 0,20$

II - FREQUENCE DES DIFFERENTES LESIONS RADIOLOGIQUES

A - Pieds et mains

Pour calculer l'importance de l'atteinte articulaire, nous considérons :

- que la main est constituée par un groupe de 6 articulations (radiocubitale, radiocarpienne, MCP, IPP, IPD, carpe)
- que le pied est constitué par 5 articulations, et nous avons relevé pour chaque articulation la lésion observée.

1) Sur 50 malades on observe :

a) Radio normale

- des mains : psoriasis 19 cas (31%)
  rhumatoïde 10 cas (20%)
- des pieds : psoriasis 22 cas (44%)
  rhumatoïde 12 cas (20%)

La différence significative est une preuve de plus que les lésions radiologiques sont moins fréquentes dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde.

b) Lésions destructives moyennement sévères

- Ostéoporose : Psoriasis 13 fois
  rhumatoïde 32 fois
  (Différence significative $p < 0,05$)
- Géodes : Psoriasis 32 fois
  Rhumatoïde 52 fois
  (Différence significative $p < 0,05$)

- Erosion marginale : psoriasis 11fois
  rhumatoïde 73 "
- Pincement de l'interligne
  Psoriasis 26 fois
  Rhumatoïde 82 fois
  Les différences sont très hautement significatives avec $p < 0,001$

c) Lésions constructives

Psoriasis 21 fois
Rhumatoïde 4 fois
(p 0,001)

c) Lésions destructives sévères : OSTEOLYSE et ANKYLOSE

psoriasis :6 malades =12 %
P.rhumatoïde : 6 malades = 12%

Elles sont observées dans le même nombre de malades dans l'une et l'autre polyarthrite , mais elles sont plus sévères dans le psoriasis.

- ostéolyse mutilante (en crayon taillé + dislocation)
  . psoriasis : 4 cas
  . P.rhumatoïde : 0 cas

- ankylose
  . psoriasis : 4 malades
    (11 articulations)
  . P.rhumatoïde : 5 malades
    (5 articulations)
  . psoriasis = interphalangiennes *
  . P.rhumatoïde =carpe et radiocarpes

- ankylose et ostéolyse sont amolies dans le psoriasis.

* La localisation aux interphalangiennes est, pour AVILA, caractéristique du psoriasis.

LESIONS RADIOLOGIQUES DES PIEDS
(sur 5 articulations)

	50 Psoriasis	50 Rhumatoïde	x^2	
Ostéoporose	3	17	12,2	0,001
Géodes	11	17	2,848	NS
Erosion	3	23	16,2	$p < 0,001$
Pincement	6	20	7,9	$p < 0,01$
Constructive	5	2		
Ankylose	6	0	x2 global	$p < 0,01$
Lyse	6	1		

LESIONS RADIOLOGIQUES DE LA MAIN
(sur 6 articulations)

	50 Psoriasis	50 Rhumatoïde	x^2	
Ostéoporose	10	21	4,32	$p < 0,05$
Géodes	19	35	5,2	$p < 0,05$
Erosion	8	50	33,6	$p < 0,001$
Pincement	20	62	24,9	$P < 0,001$
Constructive	16	2	11	$p < 0,001$
Ankylose	5	5		
et				N.S.
Lyse	3	3		

B - Lésions des grosses articulations : Hanche , genou épaule , coude

1) Les lésions destructives sont significativement plus fréquentes dans la polyarthrite rhumatoïde que dans le psoriasis: 34 fois dans la P.R., 10 fois dans le psoriasis (différence très significative $p < 0,01$).

2) Des lésions constructives des grosses articulations sont constatées : 14 fois dans le rhumatisme psoriasique, 8 fois dans la polyarthrite rhumatoïde (différence non significative).

Sur 24 atteintes articulaires dans le psoriasis:
- 59% ont un aspect constructif
- 41 % un aspect destructif.

Sur 42 atteintes articulaires rhumatoïdes :
- 81% sont destructives
- 19% sont constructives

Suivant la localisation, la fréquence de ces lésions est variable cependant: à la hanche , prédominance des lésions destructives dans la polyarthrite rhumatoïde comme dans le psoriasis (1 seul cas de coxopathie engainante psoriasique)
- aux genoux, les 4 lésions constructives constatées dans la polyarthrite rhumatoïde sont le fait de formes très évoluées
- aux coudes, les lésions constructives ne sont pas rares dans la polyarthrite rhumatoïde
- enfin , on note 6 ruptures de la coiffe dans la polyarthrite rhumatoïde, contre 1 seulement dans le psoriasis.

GROSSES ARTICULATIONS

Type lésion	50 P. Psoriasis	50 P. Rhumatoïde	P
Destructives	10	34	$p < 0,01$
Constructives	14	8	NS*

* NS = non significatif

C - CONCLUSION

1) Dans 12% des cas, les lésions articulaires sont plus graves dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde (arthrites mutilantes).

2) Dans 88% des cas, les lésions (ostéoporose, géodes, érosion, pincement)

- sont moins fréquentes
- et moins sévères dans le psoriasis

pour un même nombre d'atteintes articulaires, on observe:

	Psoriasis (74 articulations)	P.Rhumatoïde (140 articulations)
Ostéoporose et géodes	58%	84%
Erosion	14%	52%
Pincement	35%	58%

III - ASPECTS RADIOLOGIQUES PARTICULIERS DU PSORIASIS.

Très caractéristiques au psoriasis, ils sont de bons éléments de diagnostic, mais ils ne sont pas constants.

A - Lésions articulaires

Si dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une arthrite érosive banale, on observe cependant :

a) un aspect de pseudo-élargissement de l'interligne par érosion sous-chondrale : 2 fois sur une interphalangienne du pouce et une IPD de la main

b) un aspect en cupule décrit par COSTES(lié à l'association d'une érosion marginale et d'une prolifération ostéophysique) a été observé 3 fois : 2 fois sur une IPD d'un orteil; 1 fois sur une IPD de la main. C'est le même aspect qui a, en fait, été décrit par BAKER sous le nom de "champignon". Ces aspects sont rares (10%)

B - Modifications de la houppe des phalanges distales

Elles ont été constatées 6 fois (12%) . Dans 3 cas , il s'agissait de prolifération constructive des phalangettes de la main. Dans 3 cas , des résorptions de la houppe des orteils. Dans 5 cas sur 6, il existait un psoriasis unguéal.

C - Les réactions périostées sont assez fréquentes

Elles intéressent :

a) la face latérale des premières phalanges de la main 4 cas.

b) la radiocarpienne et les styloïdes : 2 cas

c) Le bassin dont elles sont responsables de l'aspect hérissé dans 3 cas.

ETUDE BIOLOGIQUE

Une étude appariée a été faite sur les vitesses de sédimentation, taux de gammaglobuline, uricémie, ASLO, cellules de Hargraves.

1) Vitesse de sédimentation : 44 mesurées, elles se répartissent ainsi (chiffre de la première heure)

Chiffre 1ère Heure	44 P.Psoriasis	44 P. Rhumatoïde
0 - 10	14	9
10 - 30	21	16
30 - 50	3	8
50 - 100	45	10
	1	1
	1	1

Avec cette répartition, les effectifs sont dans chaque classe trop faibles pour que la différence soit significative. Nous avons regroupé les vitesses de sédimentation en deux classes : inférieures et supérieures à 30. La vitesse de sédimentation à 30 à la première heure nous a paru être la bonne frontière entre les vitesses peu et très accélérées.

Vitesse de sédimentation inférieure à "o

psoriasis : 35 cas

rhumatoïde: 24 cas

$x^2 = 4,1$

p 0,05

Les vitesses de sédimentation sont significativement moins accélérées dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde.

La différence est d'autant plus significative que 29 polyarthrites rhumatoïdes étaient sous corticothérapie au moment de la mesure de la vitesse de sédimentation contre seulement 9 psoriasis.

Parmi les 6 polyarthrites psoriasiques ayant des vitesses de sédimentation accélérées et supérieures à 50 :

- 4 d'entre elles étaient en pleine poussée évolutive
- 2 seulement faisaient partie du groupe des arthrites mutilantes.

2) Taux de Gammaglobulines

38 dosages ont été effectués. Nous avons pris comme limite supérieure de la normale le taux de 20% (donné par le laboratoire où ont été faites les électrophorèses)

- 20 polyarthrites rhumatoïdes sur 38 ont un taux de gammaglobulines supérieur
- contre 15 polyarthrites psoriasiques sur 38

La difference n'est pas significative.

3) Dosage des antistrptolysines

38 dosages ont été effectués, en prenant comme limite supérieure de la normale, le chiffre de 300 unités, on observe dans le psoriasis : 3 cas supérieurs à la normale
dans la polyarthrite rhumatoïde : 2 cas supérieurs à la normale.

4) Uricémie

- Nous avons considéré séparement les taux moyens d'uricémie chez les femmes et chez les hommes
- Les calculs ont été faits avec le test t de Student pour petits échantillons.

. chez les femmes (20 dosages)

psoriasis : 47,70mg $\pm$ 10,9 mg

rhumatoïde :47,75mg $\pm$ 11,6 mg

. chez les hommes (24 dosages)

psoriasis : 57,7mg $\pm$ 15,71

rhumatoïde: 49,7mg $\pm$ 12,14

$t = 1,791$ p 0,10

- Chez les femmes, le taux moyen d'uricémie est identique dans le psoriasis et dans la polyarthrite rhumatoïde
- Chez les hommes, le taux moyen d'uricémie est plus élevé dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde.

Cependant, la différence n'est pas significative. Cela est lié d'une part, à la faiblesse des effectifs; d'autre part, à la dispersion des chiffres (écart type élevé).

En prenant comme limite supérieure de la normale (d'après A. RYCKEWAERT) de l'uricémie :

- chez la femme : 60 mg/l
- chez l'homme : 70 mg/l

Nous constatons dans le psoriasis :

Hommes : 5 cas supérieurs à la normale

Femmes : 4 cas supérieurs à la normale

Parmi ces 9 malades : - 1 seul avait un psoriasis diffus
- 8 avaient un psoriasis localisé.

Il n'y a pas ici de rapports entre la diffusion du psoriasis et le taux de l'uricémie.

5) Cellules de Hargraves et anticorps antinucléaires fluorescents (ANF)

- Sur 50 recherches dans la polyarthrite rhumatoïde, nous avons noté la présence dans 4 cas de cellules de Hargraves
dans 9 cas d'ANF

- Nous n'en avons pas trouvé dans la polyarthrite psoriasique.

6) Certains examens ont été relevés uniquement dans les polyarthrites psoriasiques.

a) Numération-formule sanguine

Sur 44 NFS , on note la rareté de l'anémie et de l'hyperleucocyturie dans le psoriasis.

- 5 cas au dessous de 4 000 000 de glocules rouges
- 10 cas au dessous de 9 000 globules blancs
- 1 éosinophilie n'a pu être relevée que 4 fois

b) Glycémie

Sur 45 glycémies : - 4 sont supérieures à 1,10g, mais dans un seul cas , il s'agit d'un diabète connu. Le diabète ne parait donc pas plus fréquent dans le psoriasis que dans une population normale.

7) Histologie

Sept polyarthrites psoriasiques ont eu une biopsie synoviale (tableau). Dans 3 cas seulement, on retrouve l'aspect décrit par SCHERMAN (I,III,VI) à savoir:

"hypervillosités et franges synoviales épaissies et surtout fibrose importante"

Dans deux cas (IV et VI) , l'aspect est celui d'une synovite inflammatoire aspécifique.

Dans un cas (III), l'aspect n'est pas différent de celui de la synoviale rhumatoïde.

ETUDE BIOLOGIQUE

	Psoriasis	Rhumatoïde	
V.S. 30 44 mesurées	35	25	$p < 0,05$
Gammaglobulines 20% 38 dosages	15	30	N.S.
Cellules LE ANF	0	16	$p < 0,001$
URICEMIE			
20 hommes	57,7 ± 15,7	49,6 ± 12,14	t=1,791 NS
24 femmes	47,7 ± 10,9	47,7 ± 11,6	

Localisation Biopsie	Durée d'évolution	
I Genou	A3 Oligoarthrite	villosités synoviales nombreuses très vasculaires avec infiltrat lymphoplasmocytaire perivasculaire vaisseaux entourés d'une gaine scléreuse. Conjonctif scléreux.
II Poignet	A7 Monoarthrite	Synovite subaigue avec augmentation des villosités. Assise synovioblastique épaissie. Tissu conjonctif œdémateux. Infiltrats nodulaires lymphoplasmocytaires.
III Poignet	A1 Oligoarthrite	Nombreuses hypervollosités, revêtement synovioblastique normal, sclérose périvasculaire.
IV Genou	A17	Synoviale villeuse et très inflammatoire avec 2 assises de synovioblastes. Dépôt fibrino-leucocytaire. Infiltration lymphoplasmocytaire.
V Genou	A8	Synovite subaigue avec importante réaction scléreuse.
VI Genou	A1	Franges synoviales pas très hyperplasiques, revêtement synovioblastique discrètement épaissi ; infiltration très discrète du tissu conjonctif.

EVOLUTION

Elle est progressive dans 86% des cas de polyarthrites rhumatoïdes contre seulement 46 % des cas de rhumatismes psoriasiques. Dans 54% des cas, le rhumatisme psoriasique évolue par poussées . Ces poussées alternent avec des rémissions qui sont complètes dans 36% des cas : libération sans séquelles de toutes les articulations touchées. La durée des rémissions est comprise dans notre série entre 1 an et 14 ans. Elles sont spontanées ou plus rarement secondaires à la thérapeutique (chez un de nos malades, une rémission de 8 ans est survenue après une hépatite virale).

Dans 18% des cas, les rémissions ont été incomplètes avec persistance d'une raideur articulaire ou d'arthralgies (7 cas)

Dans 14% des cas, les poussées étaient fluxionnaires de brève durée 48 heures à 15 jours, touchant une ou deux articulations seulement.

- Après une évolution par poussées , parfois très longue (de 1 à 23 ans), l'atteinte articulaire tend à passer à la chronicité.

- Les formes de rhumatisme psoriasique évoluant par poussées sont moins sévères que les formes d'évolution progressive . Parmi elles, se trouvent beaucoup d'oligoarthrites.

	Psoriasis	P.Rhumatoïde
Progressive	23 (46%)	44 (88%)
Poussées	27 (54%)	6 (12%)

Différence très hautement significative.

IMPOTENCE FONCTIONNELLE

Dans le but d'avoir des effectifs suffisants, nous avons seulement retenu deux stades d'impotence fonctionnelle.

- stade I : activité normale ou subnormale malgré l'handicap de la douleur et de la raideur

R.psoriasique : 32 cas

P. Rhumatoïde : 18 cas

- stade II : capacité fonctionnelle limitée

psoriasis : 18 cas

P.rhumatoïde : 32 cas

La différence est très significative

2/3 des polyarthrites psoriasiques ont une activité normale ou subnormale contre seulement 1/3 des polyarthrites rhumatoïdes.

1) Dans les polyarthrites psoriasiques à activité quasi-normale on trouve un grand nombre d'oligoarthrites ou de formes à évolution procédant par poussées.

2) Dans les polyarthrites psoriasiques avec impotence fonctionnelle sévère, on trouve 3 arthrites mutilantes seulement (impotence manuelle mais marche subnormale. La quatrième arthrite mutilante a une activité normale.

L'impotence fonctionnelle de ces psoriasis est du reste moins sévère que celle des polyarthrites rhumatoïdes à forme ostéolytique qui, en plus de l'impotence manuelle, ont une impotence à la marche liée à une coxite ou à une arthrite des genoux.

A l'opposé de ces formes sotéolytiques, les impotences fonctionnelles les plus sévères ont été observées dans des polyarthrites psoriasiques à atteinte radiologique minime (après 3 à 20 ans d'évolution) mais à poussées très inflammatoires s'accompagnant d'un enraidissement fibreux de toutes les articulations : 3 cas

Deux de ces malades ont dû être traités par le Chloraminophène, avec , pour l'un d'entre eux un bon résultat.

TRAITEMENT

Nous avons retenu , comme indice de sévèrité de l'inflammation articulaire, la nécessité de la corticothérapie, les immunodépresseurs ayant été trop peu utilisés, dans les deux séries.

Parmi les 50 psoriasis, 9 seulement ont nécessité une corticothérapie au moment où cette étude a été faite , contre 29 polyarthrites rhumatoïdes .

La différence est très significative.

Un nombre très restreint de malades a eu un traitement immunodépresseur : en l'occurence du Chloraminophène

2 cas de psoriasis avec un bon résultat et une complication : un zona

4 polyarthrites rhumatoïdes , dont 2 bons résultats et 2 résultats non mentionnés.

Aucun psoriasis n'a reçu de Méthotrexate.

Plusieurs rhumatismes psoriasiques ont eu des traitements par les anti-paludéens de synthèse : 16 cas : 8 bons résultats, 3 nuls, 5 résultats non connus. Une érythrodermie est survenue après des doses quotidiennes de 6 comprimés de Plaquénil.

13 malades ont eu une chrysothérapie : 6 bons résultats, 1 nul, 5 non connus. 3 complications cutanées : 2 extensions du psoriasis et 1 révélation du psoriasis.

22 corticothérapies : 9 bons résultats, 6 nuls , 3 extensions du psoriasis.

Phénylbutazone , 13 résultats connus : 8 bons, 5 médiocres, 1 diffusion du psoriasis.

L'effet des anti-paludéens et des sels d'or est dans l'ensemble assez bon sur l'atteinte articulaire . Leur toxicité pour la peau paraît sensiblement identique.

ANTECEDENTS PERSONNELS
ET FAMILIAUX

I - PERSONNELS

On observe dans la polyarthrite psoriasique comme dans la polyarthrite rhumatoïde la grande fréquence des infections O.R.L. Les antécédents de bronchite sont de même fréquence dans les deux séries.

Les uréthrites paraissent par contre plus fréquentes dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde

	Psoriasis	P. Rhumatoïde
- Infection ORL	23 (56%)	16 (32%)
- Uréthrite	9 (18%)	3 (6%)
- Colite	5 (10%)	3 (6%)
- Bronchite	5 (10%)	4 (8%)

Deux rhumatismes psoriasiques semblent avoir eu dans leur enfance un rhumatisme articulaire aigu. Nous n'en n'avons pas retrouvé par contre dans la polyarthrite rhumatoïde.

II - ANTECEDENTS FAMILIAUX

Nous avons retrouvé A L'INTERROGATOIRE des malades, plus d'atteintes articulaires inflammatoires dans les familles de psoriasis (16 cas) que dans les familles de polyarthrite rhumatoïde (7 cas) : différence significative).

Seuls 4 parents ont été vus par nous (3 P.R. et une sclérodermie).

Famille des polyarthrites rhumatoïdes

- 2 rhumatismes articulaires aigus
- 1 polyarthrite rhumatoïde séro-positive
- 2 polyarthrites rhumatoïdes séro-négative
  mais avec anticorps antinucléaires
  fluorescent positifs
- 1 polyarthrite rhumatoïde probable
- 1 rhumatisme inflammatoire non classé

Les 3 polyarthrites rhumatoïdes classiques appartenaient à la même famille.

Familles des polyarthrites psoriasiques

- 2 polyarthrites psoriasiques

2 atteintes articulaires inflammatoires non classées

- 2 polyarthrites rhumatoïdes possibles
- 1 sclérodermie
- 1 spondylarthrite ankylosante
- 8 rhumatismes articulaires aigus : dans une famille on retrouve 3 rhumatismes survenus dans l'adolescence dont l'un avec atteinte cardiaque, dans une autre famille on retrouve 2 rhumatismes et 1 chorée.

Il semble , avec la réserve faite sur les difficultés à poser à postériori un diagnostic de rhumatisme articulaire aigu, que les antécédents de R.A.A. soient plus fréquents dans les familles de psoriasis que de polyarthrites rhumatoïdes, c'est ce qu'avait également constaté WRIGT.

Parcontre, les polyarthrites rhumatoïdes sont apparemment un peu plus fréquentes dans la famille des polyarthrites rhumatoïdes.

CONCLUSIONS : cette étude a fait apparaitre un certain nombre de différences significatives et de similitudes entre les 2 rhumatismes.

DIFFERENCES SIGNIFICATIVES

PSORIASIS	P. RHUMATOIDE
- Arthralgies plus fréquentes	- début polyarticulaire plus fréquent
- Début par les IPD plus fréquent	- début par les épaules plus fréquent
- monoarthrite des grosses jointures plus fréquentes	
- évolution par poussées	- évolution progressive
- caractère peu extensif de l'atteinte articulaire (30% d'oligoarthrites et monoarthrites)	- extension polyarticulaire rapide
- ASYMETRIE DES ATTEINTES	- SYMETRIE DES ATTEINTES
- atteinte des IPD plus fréquente	- atteinte des MCP plus fréquente
- déformation des mains rare et anarchique	- déformation des mains fréquente et symétrique
- absence de nodules sous-cutanés	- fréquence des nodules sous cutanés
- rareté des adénopathies	- fréquence des adénopathies
- rareté des atteintes oculaires	- fréquence des kérato-conjonctivites
- lésions radiologiques moins fréquentes , moins graves et asymétriques	- lésions radiologiques fréquentes pratiquement constantes après 3 ans d'évolution à la main et au pied. Aspect symétrique/
- vitesse de sédimentation moins accélérée	
- gêne fonctionnelle discrète	
- évolution bénigne dans la majorité des cas	

ETUDE COMPARATIVE AVEC LES POLYARTHRITES ASSOCIEES A UNE SACRO-ILEITE

Bien éloigné de la représentation classique du psoriasis grabataire, le rhumatisme psoriasique apparait bénin dans la g grande majorité de nos cas.

Cependant, nous avons constaté dans la littérature que les formes graves du rhumatisme psoriasique s'accompagnaient toujours de pelvispondylite. Par une étude sur 15 polyarthrites psoriasiques avec pelvispondylite, nous avons voulu vérifier si l'évolutivité du rhumatisme psoriasique était différente suivant qu'il existait ou non une sacro-iléïte.

Ces 15 observations ont une durée d'évolution moyenne comparable à celle de nos 50 polyarthrites psoriasiques appariées.

Nous constatons :

- une déformation des mains plus fréquente : 30% contre 8% dans la série appariée
- des lésions radiologiques plus importantes :
  - coxite : 20% contre 12% dans la série appariée
  - arthrite de l'épaule : 26% contre 12%
  - arthrite du genou: 20% contre 18%.

Les lésions radiologiques sont plus sévères : 40% des malades ont une ankylose ou une ostéolyse des mains et despieds contre 12% dans notre série appariée.

- la vitesse de sédimentation est dans 53% des cas supérieure à 30 à la première heure contre 30% dans l'autre série.

Nous nous proposons dans un travail ultérieur plus ample de vérifier ces résultats par une étude statistique mais à priori , les rhumatismes avec sacro-iléïte sont plus sévères que les rhumatismes périphériques purs.

La fréquence des polyarthrites avec sacro-iléïte varie dans les séries de BAKER et de WRIGHT autour de 25%. Ces polyarthrites avec sacro-iléïtes représentent seulement un quart des rhumatismes psoriasiques et modifient probablement très peu le profil évolutif de l'ensemble de l'arthropathie psoriasique.

RHUMATISMES PSORIASIQUES AVEC SEROLOGIE RHUMATOIDE POSITIVE

Au moment de la sélection des observations , nous avons trouvé sur 84 rhumatismes psoriasiques , 15 observations avec sérologie rhumatoïde positive soit 16,6 %. 2 observations étaient des formes avec pelvispondylite et 13 étaient des polyarthrites sans sacro-iléïte qui n'ont pas été appariées mais sont analysées ici.

Sur ces 13 observations, l'une est une lupus érythémateux disséminé, 6 sont certainement des polyarthrites rhumatoïdes coïncidentes. Elles sont toutes du sexe féminin et leur réaction de Waaler-Rose est positive en même temps que leur réaction de latex.

Les 6 autres observations sont des rhumatismes psoriasiques vrais :

- 2 ont une atteinte clinique des IPD
- 3 sont des oligoarthrites chroniques évoluant par poussées
- 1 est un psoriasis purement arthralgique

4 de ces malades sont du sexe masculin. Leur réaction de Waaler-Rose est négative et la réaction du latex est faiblement positive.

La sérologie rhumatoïde peut s'expliquer dans 3 cas par l'existence d'une cirrhose ou l'âge des malades , mais dans les 3 autres cas, aucune explication n'est possible.

Quant aux deux rhumatismes avec sacro-iléïte , pour l'un la sérologie peut s'expliquer par son âge, pour l'autre pas d'explication.

	S.	Local. init.	Local. Etat	Radio	Symétrie attente	Pso. pres arth.	Latex Waaler-Rose
A 16 57ans	F	poignet (aigu)	MP II III MTP	Norm.	-	+	Cellule L.E. W.R.1/20 latex 1/200 LUPUS
A4 47ans	F	MP IPP	MCP I IPP	carpite	+	+	W.R. 1/160 latex 1/2000 1/20000
A1 65ans	F	IPP III cheville hanche	MCPII,III épaule cheville	normale	+	+	W.R. 1/132 latex 0
A10 77ans	F		genoux épaules coude poignets	carpite MCP	-	*	W.R. 1/320 1/1600 latex 1/2000 1/20000
A6 63ans	F	MCP poignet	MCP IPP coup de vent	carpite MCP	+	+	W.R. 1/160 latex 1/200 1/2000
A15 37ans	F	MCP IPP	MCP IPP coup de vent	ostéopo. géodes	+	-	W.R. 1/80 latex 1/200 1/2000
A4 69 ans	M	Hanche	MCP I IPP II,III	norm.	+	relevé sous sels d'or	latex 1/2000 1/20000 W.R. = 0

POLYARTHRITE RHUMATOIDE COINCIDANTE

* Le psoriasis est apparu sous Chloraminophène.

	S.	Local Init.	Loclis. Etat	Radio	Syn chie	Psoriasis Présent au début. Arthrite	Latex Waaler-Rose
A4 60ans	F	chevil. IPD	MTP	Normale	+	+	W.R.=0 latex 1/2000 1/20000
A7 54ans	F	MCP I,V IPP chevil.	IPP I MCP II et III	Normale	+	+	W.R. 0 latex :1/80
A1 54ans	M		Polyar- thralg.	Normale		+	W.R. = 0 latex 1/200,1/2000
A5 47ans	M	poignets chevil.	IPD	Ostéolyse IPD	-	+	W.R. 1/20 latex 1/320
A3 63ans	M	genou coude	oligoa. poussées		-	+	W.R. =0 latex 1/160
A4 62ans	M	coude	oligoar.		-	+	W.R. = 0 latex 1/200,1/2000 CIRRHOSE
70ans	M		polyarth. + pelvispond.			+	W.R. = 1/40 latex 1/2000 1/20000

RHUMATISME PSORIASIQUE A SEROLOGIE
RHUMATOIDE POSITIVE

DISCUSSION DES DONNEES DE LA LITTERATURE

Au préalable , deux remarques nous paraissent importantes à formuler concernant notre méthodologie : l'appariement par sexe nous a donné un pourcentage sensiblement égal d'hommes et de femmes dans le groupe des polyarthrites rhumatoïdes . Or la forme commune de la polyarthrite rhumatoïde est à prédominance féminine (70% environ). Ce biais de sélection peut être à l'origine de quelques variations de la symptomatologie de nos polyarthrites rhumatoïdes par rapport aux données de la littérature. Nous nous proposons ultérieurement de vérifier si les différences sont importantes dans les deux sexes. D'ores et déjà, l'évolution parait semblable dans les deux sexes aussi bien dans la polyarthrite rhumatoïde que dans le psoriasis.

D'autre part, l'absence d'atteinte des sacro-iliaque peut également entrainer quelques différences avec les séries de la littérature.

Peu d'études comparatives ont été faites jusqu'à présent entre psoriasis et polyarthrite rhumatoïde : LOYAU en 1958 a fait une étude comparative de 50 polyarthrites psoriasiques sans sacro-iléïte et de 50 polyarthrites rhumatoïdes masculines. WRIGHT a fait en 1959 une étude appariée de 103 rhumatismes psoriasiques séro-négatifs et 97 polyarthrites rhumatoïdes, la répartition étant nettement féminine et 26 % de ces psoriasis ont une sacro-iléïte.

I - FREQUENCE

La fréquence de la polyarthrite rhumatoïde varie selon les statistiques de 0,4 à 4% (RYCKEWAERT). Elle est vingt fois plus fréquente que le rhumatisme psoriasique .(COSTE)

II - AGE DE DEBUT

Pour la plupart des auteurs , le rhumatisme psoriasique débute plus tôt que la polyarthrite rhumatoïde (différence significative dans l'étude de WRIGHT).

L'âge moyen de début du rhumatisme psoriasique est pour

- WRIGHT : 37,7 ans (103 cas)
- LOYAU : 40 ans (50 cas)
- LASSUS : 36,6 ans (190 cas)

L'âge moyen de début de la polyarthrite rhumatoïde pour l'Empire Rheumatism Council Survey est de 41,7 ans.

L'âge moyen dans notre série de psoriasiques est plus tardif : 44,4 ans, ce qui est en accord avec les constatations de ROBILLARD : son groupe de 32 polyarthrites psoriasiques sans atteinte des sacro-iliaques a un début plus tardif (43 ans) que l'ensemble de sa série de rhumatismes psoriasiques (39 ans).

15 dossiers de polyarthrite avec sacro-iléïte que nous avons contrôlés ont un âge moyen de début de 38,9 ans. Les formes juvéniles du psoriasis sont très rares.

III - SEXE

Une légère prédominance masculine du rhumatisme psoriasique est constatée par LOYAU : 56% , par WRIGHT :53%, dans notre série , la répartition est pratiquement égale dans les deux sexes.

IV - ETUDE DU PSORIASIS

Il débute dans la majorité des cas avant 30 ans. Il précède l'atteinte articulaire avec un pourcentage constant d'une série à l'autre :

77 % pour LOYAU
64% pour BAKER
74% dans notre série.

L'arthrite précède l'atteinte cutanée dans 16% des cas pour LOYAU, 13% pour BAKER, 25% pour WRIGHT , 18% dans notre série .

Le psoriasis était diffus dans 54% des cas pour LOYAU, 32 % dans notre série.

Une érythrodermie est constatée dans 13% des cas pour BAKER dans 6 % de nos cas dans notre série. Par contre LOYAU n'en n'a pas constaté dans sa série. Pour BAKER , l'érythrodermie est plus fréquente dans le psoriasis arthropathique que dans le psoriasis simple : il se rapporte à la statistique d'INGRAM qui sur 1400 psoriasis observe une érythrodermie dans seulement 1% des cas.

Il existe pour BAKER une corrélation entre sévérité du psoriasis et sévérité de l'arthropathie ce qui est contesté par d' autres auteurs .

Psoriasis onguéal, très fréquent dans toutes lés séries : WRIGHT : 81%, BAKER : 83%; FEHR : 80%; LOYAU : 38% ; dans notre série : 58%. Pour WRIGHT , le psoriasis onguéal est significativement plus fréquent dans le psoriasis arthropathique que dans le psoriasis purement dermatologique .

Un parallèlisme des poussées de psoriasis et d'arthrite est constaté dans 50% des cas pour LOYAU , dans 20% par ROBECCHI 46% dans notre série. Elles sont indépendantes dans 26% des cas de LOYAU, dans 52% des nôtres. WRIGHT constate une meilleure corrélation entre poussées d'IPD et posirasis onguéal : 73 % qu'avec les autres articulations (36%).

V - MODE D'INSTALLATION

1) Facteurs déclenchants : les références sur les facteurs déclenchants de l'arthrite psoriasique sont très rares, par contre, plusieurs travaux dans ce sens ont été faits dans la polyarthrite rhumatoïde , ils soulignent l'importance des facteurs infectieux : 16% pour SHORT , contre 10% dans notre série rhumatoïde et 6% dans nos polyarthrites psoriasiques

Un traumatisme est à l'origine de 5 à 7 % des polyarthrites rhumatoïdes (revue de la littérature faite par HENRARD). Ce pourcentage est voisin de celui que nous avons constaté dans la polyarthrite rhumatoïde comme dans la polyarthrite psoriasique. Les polyarthrites rhumatoïdes post-traumatiques sont d'emblée polyarticulaires (dans 68 cas sur 72 pour ENDSTROM cité par HENRARD); par contre, 3 de nos rhumatismes psoriasiques post-traumatiques sont restés des monoarthrites : fait analogue au phénomène de KOEBNER pour la peau ?

2) Podromes : nos constatations sur la fréquence des différents podromes sont comparables à celles de LOYAU :

a) fréquence plus grande des arthralgies dans le psoriasis : 44% contre 8% dans la série de LOYAU ce qui est proche de nos pourcentages 36%,12%. Pour FEHR , les formes purement arthralgiques du psoriasis seraient 5 fois plus fréquentes que les formes arthropathiques. WRIGHT par contre, ne trouve

pas de différance dans la survenue des arthralgies dans l'une et l'autre polyarthrite.

b) La précession par une altération de l'état général ou de la fièvre est observée avec la même fréquence dans les deux rhumatismes pour LOYAU comme pour nous

3) L'analyse des débuts de nos psoriasis et polyarthrites rhumatoïdes est proche de celle faite par LOYAU , BAKER et WRIGHT. Mis à part les débuts plus fréquemment polyarticulaires dans la polyarthrite rhumatoïde , il n'existe pas de différence dans le mode d'installation de ces deux rhumatismes.

Polyarthrite psoriasique

(résultats exprimés en %)

	LOYAU 50 cas	BAKER 60 cas	WRIGHT 34 cas	Notre Série 50 cas
Aigu	12	32	34	22
Progressif	88	68	66	78
Monoarticulaire	18	27	72	34
Oligoarticulaire	66			56
Polyarticulaire	16		28	10

Polyarthrite Rhumatoïde

	WRIGHT 55 cas	COSTE 100 cas	Notre série 50 cas
Aigu	32	40	8
Progressif	68	60	92
Monoarticulaire	45	22	18
Oligoarticulaire		53	46
Polyarticulaire	55	25	38

Les débuts monoarticulaires par des grosses jointures étaient plus fréquents dans notre série de psoriasis que dans celle de polyarthrites rhumatoïdes : nous n'avons trouvé aucune référence sur ce sujet; cependant, nos constatations semblent un peu en contradiction avec celles des publications concernant les débuts monoarticulaires de la P.R. qui intéressent plus fréquemment les grosses articulations que dans notre série. de P.R.

SHORT sur 45 débuts monoarticulaires constate une atteinte des grosses articulations dans 44 cas.

Les 16 débuts monoarticulaires rhumatoïdes de la série de CAYLA ont toute une localisation aux grosses jointures.

Localisations initiales

Tous les auteurs soulignent le caractère spécifique du début par les IPD dans le psoriasis constaté dans:

14% des cas par LOYAU (dont 5 cas isolés)
26% des cas par WRIGHT
12% de nos personnels

Alors que dans la P.R. , un début par les IPD est noté dans seulement 2,5 % des cas par HELLGREN
2 % par WRIGHT
et non retrouvé dans notre série.

Pour les autres localisations initiales, l'unique référence est celle de WRIGHT

en %

	PSORIASIS		P. RHUMATOIDE		
	WRIGHT 34	N.série 50	WRIGHT 55	N.série 50	HELLGREN 250
MCP	13	18	29	26	17
IPP	20	24	31	24	24
IPD	26	12	2	0	2,5
MTP	13	12	13	14	
Epaules	13	14	17	34	
Coude	3	8	4	10	
Poignet	6	22	8	28	24
Hanche	10	6	0	2	
Genou	20	24	8	12	
Chevilles	10	20	4	18	

Nos pourcentages diffèrent quelque peu de ceux de WRIGHT

- l'atteinte du poignet est plus fréquente dans nos deux séries ce qui se rapproche des constatations d'HELLGREN.

- la plus grande fréquence de l'atteinte de l'épaule constatée dans nos P.R. n'est pas retrouvée par WRIGHT.

Pour toutes les autres articulations , par contre, nos résultats sont identiques, notamment l'atteinte des M.C.P parait bien aussi fréquente dans le sporiasis que dans la P.R.

VI - ATTEINTES CLINIQUES A LA PERIODE D'ETAT

L'atteinte des IPD est retrouvé avec un pourcentage pratiment constant dans toutes les séries de psoriasis.

WRIGHT l'observe dans 20%
BAKER dans 29%
FEHR dans 36%
LOYAU dans 56% mais il associe atteinte des orteils et des doigts
Dans notre série 34%

Dans la polyarthrite rhumatoïde , elle est rélevée dans 11% des cas par COSTE , dans 7% des cas par HENRARD.

Atteinte des autres articulations de la main : dans notre série l'atteinte des MCP est moins fréquente dans le psoriasis ce que constate également Mary SCHERMAN et WRIGHT, mais ce dernier observe que l'atteinte des IPP et du poignet est aussi moins fréquente dans le psoriasis que dans le polyarthrite rhumatoïde. LOYAU comparant avec des polyarthrites rhumatoïdes masculines ne note aucune différence , mais on connait la moindre fréquence de l'atteinte des MCP dans ces P.R.masculines.

EN %

PSORIASIS

	LOYAU	WRIGHT	Notre Série
MCP	34	43	20
IPP	54	57	52
IPD	52	22	34

P.RHUMATOIDE

	COSTE	WRIGHT	Notre Série
MCP	91	86	58
IPP	88	86	44
IPD	11		

Déformation des mains : pour tous les auteurs, elle est moins fréquente dans le psoriasis .
WRIGHT - déviation cubitale : 13% psoriasis
36% polyarthrite rhumatoïde

LOYAU - déviation cubitale : 14% des psoriasis

déformation en col de cygne : 18% des psoriasis

FEHR - déformation anarchique : 10% des cas de psoriasis

Dans notre série , 8% de déformation anarchique.

Dans la polyarthrite rhumatoïde, les déformations sont nettement plus fréquentes et toujours symétriques.

COSTE - (100 P.R.) ; déviation cubitale : 36% des cas

VAINOS - (305 P.R.) ; déviation cubitale : 29%

Un aspect sclérodermoïde est observé par LOYAU dans 2 cas comme dans notre série. FEHR note un aspect de sclérose momifiante dans 6% de ces cas.

Rupture tendineuse

WRIGHT constate qu'elles sont significativement moins fréquentes dans le psoriasis que dans la P.R.

L'atteinte des pieds:

WRIGHT constate une atteinte des MTP dans 41% des psoriasis contre 61 % des P.R.

BAKER dans 83% des psoriasis

Dans la PR , la fréquence d'atteinte des MTP varie de 42% (COSTE) à 85% (VAINOS) sur 1000 P.R.

Nos résultats sont très voisins de ceux de WRIGHT et de COSTE. Compte tenu de la diversité des estimations, l'atteinte des MTP semble aussi fréquente dans le psoriasis que dans la PR.

Taldgies : elles sont constatées dans 10% des psoriasis par LOYAU, dans 8% de nos cas. Elles ne paraissent pas plus fréquentes dans le psoriasis que dans la P.R. où leur survenue est estimée de 1,7% à 14% dans une revue de la littérature faite par BARTHO.

Atteinte des grosses articulations : WRIGHT et BAKER ont des résultats très voisins dans le psoriasis. Nos pourcentages s'en rapprochent tout en étant plus faibles. Ceci peut s'expliquer par la présence dans les séries de WRIGHT et de BAKER de 25% de pelvispondylite qui s'accompagnent plus fréquemment d'atteintes des grosses jointures que les polyarthrites pures.

PSORIASIS en %

	LOYAU	WRIGHT	BAKER	Notre série
	50	103	60	50
Epaule	56	34	47	28
Coude	44	30	30	16
Poignet	64	36	30	40
Hanche	28	15	7	12
Genou	48	31	36	18
Cheville	42	29	26	18

P. RHUMATOIDE en %

	COSTE	WRIGHT	Notre série
	100	97	50
Epaule	87	52	42
Coude	71	66	22
Poignet	94	94	44
Hanche	29	5	12
Genou	91	60	24
Cheville	67	68	26

WRIGHT observe une atteinte moins fréquente des articulations de l'épaule , du coude et du poignet dans la polyarthrite psoriasique . Dans notre série nous n'avions pas constaté de différences.

Quelque soit les divergences constatées dans les localisations , tous les auteurs s'accordent sur le caractère SYMETRIQUE des polyarthrites rhumatoïdes (97% après 5 ans pour HENRARD et SHORT) contrastant avec le caractère ASYMETRIQUE de la polyarthrite psoriasique.

La fréquence desformes monoarticulaires ou oligoarticulaires est estimée à 30% par LOYAU, à 60% par FEHR, et à 30% dans notre série ce qui contraste avec la rareté de ces formes dans les polyarthrites évoluées.

LOCALISATIONS EXTRA-ARTICULAIRES

Nodules : ils sont extrêmement rares dans le psoriasis, un cas sur 34 pour WRIGHT , un cas douteux dans la série de LOYAU n'ont pas été retrouvé dans notre série ou dans celle de BAKER. Par contre, dans la polyarthrite rhumatoïde , WRIGHT en retrouve dans 27% des cas, SHORT dans 21 % et dans notre série 20%.

Adénopathies: elles sont plus rares également dans le psoriasis, COSTE dans une revue de la littérature en retrouve 4 cas sur 83, ROBILLARD , 5 cas sur 53; et nous mêmes : 5 cas sur 50. Dans la polyarthrite rhumatoïde , SHORT en retrouve dans 26% des cas, notre pourcentage est nettement plus élevé puisque nous en retrouvons dans 62 % des polyarthrites rhumatoïdes.

Syndrôme de Raynaud : il existe peu de références concernant les syndrômes de Raynaud dans le psoriasis : sur 41 psoriasis l'observe dans 17,1 % des cas, fréquence à peu près identique dans notre série (22%). Dans la polyarthrite rhumatoïde, COSTE constate un syndrôme de Raynaud dans 9% des cas, et dans notre série (18%).

Atteintes oculaires : dans notre série de rhumatismes psoriasiques, nous avons noté une seule fois un Schirmer positif, mais le Rose Bengale était normal .

Par contre, constate 4 kérato-conjonctivites sèches (Schirmer à 15 mm, kératite filamenteuse Rose Bengale). Un de ces 4 malades avait une infiltration lymphocytaire des glandes accéssoires . Cependant, il ne constate pas de différence significative avec une population témoin. Dans la polyarthrite rhumatoïde , nous avions trouvé 17 Schirmer positifs. Les données de la littérature concernant la fréquence des syndrômes des Gougerot-Sjögren sont très variables : de 14,3% à 58,4% (THEMPSON , LENOCH), HENRARD : 20,2% sur 100 P.R.

Atteintes pulmonaires et cardiaques : elles n'ont fait l'objet d'aucune enquête systématique dans le rhumatisme psoriasique. ROBILLARD ne note aucune atteinte cardiaque sur ces 53 malades. BAKER ne constate aucune valvulopathie sur ces 60 psoriasiques et nous mêmes n'avons retrouvé aucune anomalie cardiaque qui puisse être mise sur le compte du rhumatisme.

Par contre, dans la polyarthrite rhumatoïde, HENRARD , sur 100 malades note deux valvulopathies et une péricardite.

Sur le plan pulmonaire, nous avions noté la même fréquence des bronchites dans la polyarthrite rhumatoïde et psoriasique. (10%): pourcentage un peu inférieur à celui retrouvé dans la littérature concernant les polyarthrites rhumatoïdes.

ETUDE RADIOLOGIQUE

La plupart des études radiologiques sur la polyarthrite psoriasique ont été axées surtout sur les lésions caractéristiques , peu ont comporté une analyse topographique.

Atteinte des interphalangiennes distales :

- AVILA : dans une étude comparative sur 150 rhumatismes psoriasiques et 100 polyarthrites rhumatoïdes constate l'atteinte des IPD dans 66% des cas dans le psoriasis et 10% dans la polyarthrite rhumatoïde. Pourcentage nettement plus élevé que celui de WRIGHT : 22% dans le psoriasis contre 12% ; et que celui de FEHR : 19% .
- Nos pourcentages sont très voisins : 26% et 6%

Atteinte des autres articulations de la main et des pieds

- Nos constatations rejoignent celles de WRIGHT qui note une moindre fréquence des lésions radiologiques des MCP des IPP, du carpe et de la radio-carpienne dans le psoriasis.
- Les lésions des MTP sont également moins fréquentes dans la série psoriasique de WRIGHT, alors que l'atteinte des MTP dans la polyarthrite rhumatoïde est notée par SHOULD après 2 ans d'évolution dans 91 % des cas dont 15 % n'ont pas de traduction clinique.

Atteinte de l'interphalangienne du gros orteil : elle est pour beaucoup d'auteurs caractéristique du psoriasis

- AVILA : 16% contre 2% dans la P.R.
- WRIGHT : 18% contre 3% dans la P.R.
- FEHR : 15%
- BAKER : 16%

Par contre , nous n'avons dans notre série observée aucune différence significative, rejoignant ainsi les conclusions de LASSUS.

Localisations grosses articulations

La seule référence que nous ayons trouvé est celle de ROBILLARD dont les pourcentages sont sensiblement identiques aux nôtres.

Psoriasis

	Epaule	Coude	Hanche	Genou	Cheville
ROBILLARD 53 cas	22%	12%	15%	26%	14%
Notre série 50 cas	12%	8%	12%	16%	4%

La fréquence des coxites dans le psoriasique est voisine de celles de polyarthrites rhumatoides : HENRARD dans une revue de la littérature note un pourcentage variant de 12 à 38%.

Lésions radiologiques

Nos constatations sont analogues à celles de la littérature

ostéoporose : moins fréquente dans le psoriasis que dans la P.R. (SHERMAN , WRIGHT , AVILA)

géodes, érosions, pincements : sont de même , moins fréquents dans le psoriasis que dans la P.R. pour WRIGHT

lésions constructives : elles sont par contre plus fréquentes dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde . LOYAU note 52% dans le psoriasis contre 9% dans la P.R. , LASSUS 22% dans le psoriasis contre 4% .

lésions destructives graves :

ankylose : WRIGHT la constate dans 10% des psoriasis contre 23 % des p.R.; FEHR dans 24 % des psoriasis; BAKER dans 11% par contre LOYAU la note dans 2% de ses psoriasis seulement. Pour AVILA, l'ankylose des inter-phalangiennes proxima est caractéristique du psoriasis (18% contre 1% dans la P.R.)

ostéolyse : elle est constatée dans 17% des cas par BAKER; dans 24% des cas par FEHR ; dans 27% des cas par LOYAU contre 11% dans la polyarthrite rhumatoïde masculine; dans notre série , nous la trouvons dans 12% des psoriasis et des P.R. Ses ostéolyses réalisaient des arthrites mutilantes dans 4% des cas pour FEHR , 4% des cas pour WRIGHT.

Nos conclusions radiologiques rejoignent celles de la littérature : lésions radiologiques moins fréquentes dans le psoriasis que dans la P.R. ; lésions destructives graves survenant dans un pourcentage de cas compris entre 12% et 27%.

Lésions caractéristiques

Elles sont retrouvées plus fréquemment dans la série d'AVILA que dans la nôtre : pseudo-élargissement constaté par AVILA dans 13% des psoriasis , 0% des P.R.

résorbtion des phalangettes : AVILA 14%
FEHR 18%
BAKER 8%
Notre série

périostite : FEHR = 18%

ETUDE BIOLOGIQUE

LOYAU n'avait pas noté de différence des numérations formules et des vitesses de sédimentations entre ses rhumatismes psoriasiques et ses polyarthrites rhumatoïdes masculines, contrairement à ce que nous observons.

Uricémie

Une revue de la littérature a été faite en 1966 par S.de SEZE et A. DRYLL qui ne permettait pas de conclure à l'existence d'une hyperuricémie dans le psoriasis.

La sérologie rhumatoïde sera vue dans un chapitre à part.

IMPOTENCE FONCTIONNELLE

Nos conclusions , là aussi , rejoignent celles de WRIGHT: pour lui, l'impotence fonctionnelle est moins sévère dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde : 47% de ses psoriasis ont une activité normale contre seulement 17% de ses P.R. Une invalidité importante est retouvée dans seulement 10% de ses psoriasis.

Pour FEHR , la majorité de ses rhumatismes psoriasiques ont une capacité de travail conservée entre les poussées, 20% seulement ont une invalidité sévère.

Dans toutes les séries , on retrouve sensiblement le même pourcentage de formes sévères psoriasiques ; pour BAKER et WRIGHT , ces formes ont un début plus précoce que les autres, l'atteinte des IPD et le psoriasis onguéal sont constants , l'atteinte des sacro-iliaques est très fréquentes (10 sur 11 cas pour BAKER et 6 sur 10 cas pour WRIGHT). Ces formes s'accompagnent très souvent de coxite destructive .

Pour tous les auteurs , le rhumatisme psoriasique parait donc plus bénin que la polyarthrite rhumatoïde, dans la grande majorité des cas.

SEROLOGIE RHUMATOIDE ET RHUMATISME PSORIASIQUE

La positivité des réactions sérologiques rhumatoïdes est retrouvée avec un pourcentage pratiquement constant dans toutes les séries de rhumatisme psoriasique :

- KAHN : 12,8 % sur 550 psoriasis
- BAKER : 11 % sur 60
- WRIGHT : 17 % sur 118
- Notre série : 16,6% sur 50

Signification de ces réactions sérologiques positives

1) Dans un certain nombre de cas , ce sont des polyarthrites rhumatoïdes coïncidentes , c'est ainsi que WRIGHT interprète ses 20 rhumatismes séro-positifs associés à un psoriasis. Ces 20 cas avaient pour lui tous les caractères de la polyarthrite rhumatoïde : 20% d'entre eux avaient des nodules.

BAKER interprète ainsi 6 cas séro-positifs et sur nos 13 cas séro-positifs , nous avons certainement 6 polyarthrites rhumatoïdes coïncidentes.

La question est posée de savoir s'il s'agit simplement d'une association dûe au hasard de deux maladies relativement fréquentes ou si la survenue des polyarthrites rhumatoïdes chez les psoriasiques est plus fréquente que ne le voudrait le simple hasard. BAKER, dans une enquête portant sur 738 témoins note dans 1,5 % des cas , la présence d'un psoriasis et sur 356 polyarthrites rhumatoïdes séro-positives, la survenue d'un psoriasis dans 1,2 à 2% des cas. Pour lui, l'association psoriasis et polyarthrite rhumatoïde est seulement due au hasard.

D'autres enquêtes en ce sens là, n'ont pas été faites, à notre connaissance.

2) Dans certains cas, ces réactions sérologiques positives surviennent chez de vrais rhumatismes psoriasiques : c'est le cas d'un malade de BAKER , c'est le cas de 6 de nos observations.

La sérologie rhumatoïde positive est expliquée parfois par une autre cause , soit une cirrhose, soit surtout l'âge du malade. EYQUEM et ses coll. ont démontré que la fréquence

du latex positif augmentait avec l'âge et qu'elle était, à 60 ans, autour de 10%.

Mais il est des cas de rhumatisme psoriasique où aucune explication ne peut être donnée à la présence d'une sérologie rhumatoïde positive. Celle-ci est en général dissociée et faible.

Une sérologie rhumatoïde positive ne peut donc pas être un critère d'exclusion du rhumatisme psoriasique comme le propose WRIGHT.

FORMES ASSOCIEES
(Rhumatisme psoriasique)

Sur nos 50 rhumatismes psoriasiques, nous avons rencontré :

1°) L'association avec un rhumatisme palindromique qui a précédé de 20 ans l'installation du rhumatisme psoriasique. Cette observation a déjà fait l'objet d'une publication par CAROIT. Un autre cas analogue a été publié par DESHAYES,elle reste cependant très rare.

2°) Rhumatisme psoriasique et amylose : une revue de la littérature a été faite en 1966 par de SEZE. Elle montrait que cette association n'avait été retrouvée jusqu'à présent que 6 fois.

3°) Rhumatisme psoriasique et goutte : 1 cas . Une crise de goutte a précédé de deux ans l'installation d'un rhumatisme psoriasique authentique chez un de nos malades, les crises de goutte disparues au moment de l'apparition du rhumatisme psoriasique ont repris lors des rémissions de celui-ci.

Aucune association goutte-arthropathie psoriasique n'a été, semble t-il, publiée jusqu'à présent.

FORMES FAMILIALES

1°) Polyarthrite rhumatoïde

Plusieurs enquêtes ont révélé qu'il existait une agrégation familiale des polyarthrites rhumatoïdes (WATMUTH)

2°) Des enquêtes dans les familles de psoriasiques ont montré une plus grande fréquence des polyarthrites négatives que dans une population témoin.

- WRIGHT , dans une enquête sur les antécédents familiaux des polyarthrites rhumatoïdes séro-positives, des rhumatismes psoriasiques et des psoriasis non compliqués constate que les formes familiales de polyarthrite rhumatoïde sont plus fréquentes chez les sujets rhumatoïdes que chez les sujets psoriasiques, mais que par contre, il y autant de formes familiales de polyarthrite rhumatoïde dans les rhumatismes psoriasiques que dans les P.R.

WRIGHT constate également que les rhumatismes articulaires aigus sont plus fréquents dans les familles des polyarthrite psoriasique que dans les familles de polyarthrite rhumatoïde. C'est ce que nous avons également observé.

L'interprètation de la co-existence de plusieurs types de rhumatismes dans les familles de psoriasis est délicate.

Le seul fait actuellement connu dans l'étiopathogènie du psoriasis est son caractère héréditaire. La transmission ne serait pas autosomique simple , mais plusieurs gènes seraient responsables de la transmission.

CONCLUSIONS

De cette étude prospective de 50 cas de rhumatisme psoriasique à forme périphérique, sans atteinte des sacro-iliaques, appariés à 50 cas de polyarthrite rhumatoïde classique, nous tirons les conclusions suivantes :

1) SUR LE MODE D'INSTALLATION

Le rhumatisme psoriasique et la polyarthrite rhumatoïde ont en commun un début progressif par l'atteinte des mains et des pieds dans plus de 60% des cas. Il existe cependant quelques différences significatives

- dans la polyarthrite rhumatoïde, le début polyarticulaire (38%) et l'atteinte initiale des épaules (34% des cas) sont plus fréquents que dans le rhumatisme psoriasique.
- et inversement, le début monoarticulaire par l'atteinte d'une grosse articulation (22% contre 8% des cas) et surtout l'atteinte initiale des interphalangiennes distales (12% contre 0%) sont plus fréquents dans le rhumatisme psoriasique.

2) L'EVOLUTION

L'évolution de la polyarthrite rhumatoïde est progressive (86%), celle du rhumatisme psoriasique procède dans 42% des cas par poussées entrecoupées de rémissions avec libération complète de certaines articulations.

3) A LA PERIODE D'ETAT

L'atteinte des mains et des pieds est prédominante dans les deux groupes avec quelques différences topographiques :

- atteinte des métacarpophalangiennes plus fréquente dans la polyarthrite rhumatoïde que dans le psoriasis (58% et 20% 0,001)
- atteinte des interphalangiennes distales plus fréquentes dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde (34% et 0% 0,001)

La déformation des mains est plus souvent constatée dans la polyarthrite rhumatoïde (24%) où elle revêt un aspect symétrique, que dans le rhumatisme psoriasique (8%) où elle revêt un caractère anarchique.

. Nous n'avons trouvé aucune différence significative dans la répartition topographique aux grosses pointures.

. Le rhumatisme psoriasique revêt une disposition plus fréquemment unilatérale (44%) que dans la polyarthrite rhumatoïde(6%)

. Les adénopathies périphériques sont beaucoup plus rares dans le psoriasis (10%) que dans la polyarthrite rhumatoïde (62%)

. Les nodules retrouvés dans 20% des polyarthrites rhumatoïdes n'ont pas été retrouvés dans la polyarthrite psoriasique.

. Par contre, un syndrome de Raynaud a été retrouvé dans 22 % des rhumatismes psoriasiques contre seulement 18% des polyarthrites rhumatoïdes.

4) L'ATTEINTE RADIOLOGIQUE

Elle est moins fréquente et moins sévère dans le rhumatisme psoriasique. La seule articulation qui soit plus touchée dans le psoriasis que dans la polyarthrite rhumatoïde est l'interphalangienne distale.

Les lésions destructives (ostéoporose , géodes, érosions, pincements articulaires) sont notées 79 fois dans le psoriasis contre 245 fois dans la polyarthrite rhumatoïde. Dans le rhumatisme psoriasique , les lésions osseuses (géodes , porose) prédominent sur le pincement de l'interligne articulaire. Les lésions destructives plus importantes - ostéolyse ou ankylose- sont rencontrées dans le même pourcentage de rhumatisme psoriasique (12%) et de polyarthrite rhumatoïde (12%) mais elles sont plus sévères dans le rhumatisme psoriasique . s

5) L'ETUDE BIOLOGIQUE

L'étude biologique a montré que les vitesses de sédimentation du rhumatisme psoriasique sont significativement moins accélérées que celles de la polyarthrite rhumatoïde.

Par contre, nous n'avons pas noté de différence qui soit significative dans les taux de gammaglobulines et d'uricémie, ce ceci étant lié probablement à la faiblesse des effectifs et à la disposition des chiffres observés.

6) L'IMPOTENCE FONCTIONNELLE

Est très modérée pour l'ensemble des rhumatismes psoriasiques sans sacro-iléïte : 64 % d'entre eux ont une activité quasi normale contre 36% des polyarthrites rhumatoïdes. (La différence est hautement significative p 0,01).

7) LA CORTICOTHERAPIE

Enfin, la corticothérapie a été nécessaire chez 29 polyarthrites rhumatoïdes et seulement 9 rhumatismes psoriasiques (p 0,01).

Dans cette étude , il ressort que dans la grande majorité des cas, les rhumatismes psoriasiques sans atteinte des sacro-iliaques sont nettement moins graves que la polyarthrite rhumatoïde. Dans de rares exceptions cependant, il peut réaliser une atteinte articulaire sévère associant ostéolyse et ankylose. Même dans les cas où l'atteinte radiologique est sévère (ostéolyse et ankylose), la capacité fonctionnelle de ces patients se trouve finalement moins dégradée que dans la polyarthrite rhumatoïde.

Enfin, parmi les 13 dossiers de polyarthrite psoriasique, avec sérologie rhumatoïde positive qui n'avaient pas été appariés :

- 7 d'entre eux peuvent être considérés comme des polyarthrites rhumatoïdes avec psoriasis coïncidant
- les 6 autres partagent les caractères différentiels cliniques et évolutifs du rhumatisme psoriasique. La sérologie rhumatoïde en général faiblement positive et dissociée pourrait être liée dans 3 cas à une autre cause, mais dans 3 cas son interprétation ne permet pas de conclusion formelle.

B I B L I O G R A P H I E

1 AVILA (R), PUGH (D.G), SLOCUMB (C.H) et VINKELMANN (R.R)
Psoriatic Arthritis : a roentgenologic study
Radiology 1960 - 75 - 691

2 - BAKER (H), GOLDING (D.W) et THOMPSON (M)
Psoriasis and Arthritis
Ann. Intern. Méd. 1963 - 58 - 909

3 - BAKER (H), GOLDING (D.W) et THOMPSON (M)
Atypical polyarthritis in psoriatic families
Brit. Méd. J. 1963 - 2 - 348

4 - BAKER (H),
Prevalence of polyarthritic patients and their relatives
Annal. Rheum. Dis. 1966 - 25 - 229

5 - BAKER (H),
Methotrexate in Psoriasis
Lancet 1968 - 1 - 205

6 - BAKER (R.W),
Familial incidence of Rheumatoid arthrits and acute rheumatism
in 100 Rheumatoid arthritics
Annal. Rheum. Dis. 1952 - 11 - 39

7 - BAZEX (A), DUPRE (A), CHRISTOL (B),
Formes cliniques trompeuses du psoriasis
Revue du Praticien 1965 - XV - n° 9 - 1089

8 - BERTHO (J.M),
Le Pied dans la Polyarthrite Rhumatoïde
Mémoire CES Rhumatologie Delbarre - 1972

9 - BIGELOW (B), POTTER (E), MACENENC,
Vascular Disease in psoriasis
Arthr. Rheum. 1963 - 6 - 48-63

10 - BLACK (R.L), O'BRIEN (W.M), VANSCOTT (F), BUNIM (J),
Methotrexate therapy in psoriatic arthritis. Double blind study in 21 patients
J. Amér. Méd. Ass. 1964 - 189 - 743-747

11 - BOURDILLON (C),
Psoriasis et Arthropathies
Thèse n° 328 Paris - 1888

12 - CAROIT (M), de SEZE (S)
Un cas de rhumatisme palindromique ayant évolué vers un rhumatisme psoriasique
Rev. Rhum. 1966 - 33 - 272-273

13 - CHAOUAT (Y), RANOVITCH (B), FAURE (B), GRUPPER (Ch), BOURGEOIS SPINASSE (J),
Le rhumatisme psoriasique ; traitement par le methotrexate
Rev. Rhum. 1971 - 38 - 453-460

14 - COSTE (F), SOLNICA (J),
La polyarthrite psoriasique
Revue Franc. Etudes Clin. et Biol. 1966 - 11 - 578, 599

15 - COSTE (F), DELBARRE (F), AMOR (B), BONTOUX (D), BROUILHET (H), GUIRAUDON (C), MENKES (C), SAPORTA (L),
Etude comparée de 100 cas de polyarthrites rhumatoïdes séronégatives et de 100 cas de polyarthrites rhumatoïdes séropositives
Sem. Hôp. Paris 1968 - 42 - 777-792

16 - DEQUEKER (J), VANNOYEN (R), VANDEPITTE (J),
Age related rheumatoid factors incidence and characteristics
Ann. Rheum. Dis. 1969 - 28 - 431

17 - DESHAYES (P), GEFFROY (Y), CADET (M), ARIWAL (C),
Un cas de rhumatisme palindromique chez un psoriasique
Rev. Rhum. 1966 - 33 - 352, 353

18 - DRYLL (A),
Le rhumatisme psoriasique
Médecine Interne 1966 - 1 - 633, 639

19 - DRYLL (A),
Le rhumatisme psoriasique
Vie Méd. Spécialité 1966 - 47 - 385, 392 (S)

20 - DUBIN (H.V),
Azaribine in the treatment of psoriasis
Ann. Inter. Méd. 1971 - 74 - 797, 798

21 - EISEN (A.Z), SEEGMILLER (J.E),
Acid uric metabolism in psoriasis
J. Clin. Invest. 1961 - 40 - 1486

22 - FALLET (G.H), MEYER (E), OTT (H), RADI (I),
Coexistence familiale de polyarthropathies inflammatoires chroniques rhumatismales avec atteinte des articulations sacro-iliaques
Rev. du Rhum. 1970 - 37 - 213, 224

23 - FEHR (K),
Le rhumatisme psoriasique
Folia Rheumatologia 1967 - 15 (7)

24 - FERGUSSON (A), DOWNIE (W.W),
Gastro intestinal amyloïdosis in psoriatic arthritis
Ann. Rheum. Dis. 1968 - 27 - 245-248

25 - FERRARIS (F),
Anticorpi circolanti diretti contro costituenti della pelle in malati psoriasi
Annali di reumatologia 1970 - 3 - 89, 101

26 - GIGANTE (D), CASTAGNOLI (M), CRISPO (M),
Sull' artropatia psoriasica
Annali di reumatologia 1970 - 3 - 19

27 - GIROUX (J.M), BARBEAU (A)
Levodopa and psoriasis
Lancet 1972 - 1 - 204

28 - GORDON (M), JONHSON (W.G), BURGOON (C.F),
Histopatology and histochemisty of psoriasis
Arch. Path. 1967 - 84 - 443, 450

29 - GUILLAND, SOUILLY
Atlanto axial subluxation in psoriasis arthropathy
Arch. Derm. 1972 - 105 - 247, 248

30 - HELLGREN (L),
Association between rheumatoid arthritis and psoriasis in total population
Acta Rheum. Scand. 1969 - 15 - 316, 326

31 - HENRARD (J.C)
Contribution à l'étude de la polyarthrite rhumatoïde
100 cas de polyarthrite rhumatoïde féminine
Thèse, Paris - 1968

32 - HSIA (S.L), WRIGHT (R), MANDY (S.H), HALPRIN (K.M)
Adenyl cyclase in normal and psoriatic skin
The Journal of investigative dermatology 1972 - 59 - 109

33 - INGRAM (J.T),
The signifiance and management of psoriasis
Brit. Med. J. 1954 - 823

34 - KAHN (M.F)
Le phénomène rhumatoïde. Son intérêt pour le diagnostic des maladies rhumatismales
Thèse, Paris - 1960

35 - KAPLAN (D), PLOTZ (C.M), NATHANSON (L), LAWRENCE (F),
Cervical spine in psoriasis and in psoriatic arthrities
Ann. Rheum. Dis. 1964 - 23 - 50

36 - KATZ (M), LAVAL JEANTET (M), LASSEGUE (J),
Existe-t-il des signes précoces du rhumatisme psoriasique
J. Radiol. Electr. 1972 - 53 - 448, 451

37 - KESSLER (I), RAUNIO (P), VAINIO (K),
The rheumatoid hand
Acta Rheum. Scand. 1965 - II - 241, 246

38 - LANDAU (J.W), GROSS (B.G) NEWCOMER (V.D), WRIGHT,
Immunologic response of patients with psoriasis
Arch. Dermat. 1965 - vol. 91 - 607, 610

39 - LASSUS (A), MUSTAKALLIO (K.K), LAINE (V),
Psoriatic arthropathy and rheumatoid arthritis
Acta Rheum. Scand. 1964 - 10 - 62

40 - LEA (W.A), CURTISS (A.C), BERWSTEIN (I.A),
Serum acid uric levels in psoriasis
J. Invest. Derm. 1958 - 31 - 269, 271

41 - LENOCH (F), BREMOVA (A), KANDOUA (D), STREDA (A), BALIK (J),
The relation of sjögren's syndrom to rheumatismal arthritis
Acta Rheumat. Scand. 1964 - 10 - 297, 304

42 - LOYAU (G),
La polyarthrite psoriasique
Thèse Méd. Paris - 1958

43 - MEANEY (T.F) HAYS (R.A),
Roentgen manifestations of psoriatic arthritis
Radiology 1957 - 68 - 403, 407

44 - MILLER, KEYMOUR, SOLTENI, TOURTELOTTE (Ch),
Psoriatic acro-ostéolysis without arthritis
J. Bone joint Surg. 1971 - 53A - 371, 374

45 - MOISE (R), ASCH (L), IMBS (J.L),
Rhumatisme psoriasique et amylose
Strasbourg Méd. 1965 - 16 - 245, 253

46 - PODLIACHOUK (L), EYQUEM (A), JACQUELINE (F),
Substances anti Gm dans les rhumatismes inflammatoires chroniques et dans la cirrhose
Transfusion (Paris) 1964 - 7 - 377

47 - POTTIER
86 cas d'arthropathies psoriasiques
Thèse Bordeaux 1970

48 - RECORDIER (A.M.), SERRATRICE (G), ROUX (H), aquaron (R), DUBOIS, GAMBARELLI (D), BISSCHOP (G), BARET (J),
Les atteintes musculaires au cours du psoriasis arthropathique
Rev. du Rhum. 1969 - 3 - 91

49 - ROBECCHI (A), DIVITTORIO (S), MARAZZI (G),
Psoriasis et arthropathie
Rhumatismo 1961 - 13 - 49, 91

50 - ROBILLARD (J),
Le rhumatisme psoriasique
Thèse Lyon 1968 - n° 71

51 - ROUX (H), RECORDIER (A.M), SERRATRICE (G), AQUARON (R), HASSOUN (J), DUBOIS, GAMBARELLI (D), BARRET (J), MAESTRACCI (D), BISSHOP (G),
Les atteintes musculaires de la polyarthrite rhumatoïde : Etude clinique électromyographique, anatomopathologique et biochimique
Rev. du Rhum. 1972 - 5 - 339

52 - RUFFIE (R), FOURNIE (A),
Rhumatisme psoriasique
Méd. Hyg. 1970 - 28 - 654, 656

53 - RYCKEWAERT (A), DRY (J), PAOLAGGI (F), LELLOUCH (J),
Taux de l'uricémie dans la population générale : quelques corrélations de l'uricémie
Rev. Franç. Etud. Clin. Biol. 1966 - 11 - 72, 78

54 - SEZE (S)de, RICKEWAERT (A), KHAN (M.F), FAGES (A), DRYLL (A),
Sur quelques aspects particuliers du rhumatisme psoriasique
Rev. Rhum. 1966 - 33 - 617, 624

55 - SHARP (J.T), LIDSKY (M.D) COLLINS (L.C), MORELAND (June),
Methods of scoring the progression of radiologic changes in rheumatoid arthritis
Arth. and Rheum. 1971 - 14 - 706, 720

56 - SHARP (J.T), PURSER (D.W)
Spontaneous atloido-axial dislocation in ankylosing and rheumatoid arthritis
Ann. Rheum. Dis. 1961 - 20 - 47, 77

57 - SHERMAN Mary
Psoriatic arthritis
The Journal of Bone and joint Surgery 1952 - vol. 34 - 4 - 831, 852

58 - SHORT (G.L), BAUER (W), REYNOLDS (W.E)
Rheumatoid arthritis
Harvard Univ. Press. Cambridge 1957

59 - SOLERE (J.C),
Methotrexate dans le psoriasis
Thèse, Paris 1968

60 - SHUNSTER (G),
Research into psoriasis
Brit. Med. J. 1971 - 3 - 236-239

61 - STOUDNITZIWE (A), TZVETKOUA (A.M),
Troubles métaboliques de la peau dans le psoriasis de l'enfant
Annales de Dermatologie et de syphiligraphie 1972 - 99 - 1 -
41, 46

62 - THOMPSON (R), EADIE (S),
Kerato conjonctivitis sicca and rheumatoid arthritis
Ann. Rheum. Dis. 1956 - 15 - 21, 25

63 - THOULD (A.K.), SIMOW (G),
Assessement of Radiological Changes in the hands and feet in
rheumatoid arthritis. Their correlation with prognosis.
Ann. Rheum. Dis. 1966 - 25 - 220

64 - VAINIO (K), OKA (M),
Ulnar deviation of the fingers
Ann. Rheum. Dis. 1953 - 12 - 122

65 - VOGLER (W.R), OLANSKY (S)
A double blind study of Azaribine in the treatment of psoriasis
Annales of Int. Med. 1970 - 73 - 951

66 - VOORHEES (J.J), DUELL (E.A), BASS (L.J), POWELL (J.A),
HARRELL (E.R),
The cyclic AMP System in normal and psoriatic epidermis
The Journ. of investigative dermat. 1972 - 59 - 114, 119

67 - WASMUTH (A.G), VEALE (A.M.O), PALMER (D.G), HIGHTON (T.C),
Prevalence of rheumatoid arthritis in families
Ann. Rheum. Dis. 1972 - 3185

68 - WATSON (W), CANN (H.M), FARBER (E.M), NALL (L),
The genetics of psoriasis
Arch. Derm. 1972 - 105 - 197-207

69 - WHALEY (K), CHISHOLM (D.M), WILLIAMSON (J), CARSON (W.D),
NUKI (G), BUCHANAN (W.W)
Sjögren's syndrome in psoriatic, arthritis, ankylosing,
spondyltis, and reiter's syndrome
Acta Rheum. Scand. 1971 - 17 - 105-114

70 - WEISSENBACH (R),
Le rhumatisme psoriasique
Vie Médicale 1964 - 45 - 1065

71 - WRIGHT (V),
Rheumatism and psoriasis. A reevaluation
Amer. J. of Med. 1959 - 27 - 454-462

72 - WRIGHT (V),
Psoriasis and arthritis
Ann. Rheum. Dis. 1956 - 15 - 348

73 - WRIGHT (V),
Psoriatic arthritis : a comparative radiographic study of rheumatoid arthritis and arthritis associated with psoriasis
Ann. Rheum. Dis. 1961 - 20 - 123

74 - WRIGHT (V), REED (W.B.),
The link between reiter's syndrome and psoriatic arthritis
Ann. Rheum. Dis. 1964 - 23 - 12

75 - YARBO (J.W),
Hydroxyuree in the treatment of refractory psoriasis
Lancet 1969 - 28 - 46

76 - ZIMMER (J.G), DEMIS (J),
Association between gout, psoriasis and sarcoidosis
Ann. of Int. Med. 1966 - 64 - 786-796